سلسلة الاقتصاد

اقتصاديات الصحة

بين الاقتصاد الإسلامي والاقتصاد الوضعي

الدكتور
الشهيد عطيه محمد بيومي

دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دار الجديد للنشر والتوزيع

٣٣٠
ب . ا

بيومي ، الشهيد عطيه محمد .
سلسلة الاقتصاد / الشهيد عطية محمد بيومي .{واخ}.ط١.-
دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دار الجديد للنشر والتوزيع.
٣٥٦ ص ؛ ١٧.٥ × ٢٤.٥سم .
تدمك : ٢ - ٦١٥ – ٣٠٨ – ٩٧٧ – ٩٧٨
١. الاقتصاد .
أ - بيومي ، الشهيد عطيه محمد . (مؤلف مشارك) .

رقم الإيداع: ٢٠٨٨٤ .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة – بجوار البنك الأهلي المركز
هاتف- فاكس : ٠٠٢٠٤٧٢٥٥٠٣٤١ محمول : ٠٠٢٠١٢٧٧٥٥٤٧٢٥-٠٠٢٠١٢٨٥٩٣٢٥٥٣
E-mail: elelm_aleman٢٠١٦@hotmail.com . elelm_aleman@yahoo.com

الناشـــر : دار الجـــديد للنشـــر والتـــوزيع
تجزءة عزوز عبد الله رقم ٧١ زرالدة الجزائر
هاتف : ٢٤٣٠٨٢٧٨ (٠) ٠٠٢٠١٣
محمول ٦٦١٦٢٣٧٩٧ (٠) ٠٠٢٠١٣ & ٧٧٢١٣٦٣٧٧ (٠) ٠٠٢٠١٣
E-mail: dar_eldjadid@hotmail.com

٢٠٢٠

الفهرس

تمهيـــــد

نـظرة الإسلام للمرض، أنـواع الأمراض في نـظر الإسلام ،

أمراض الحضارة الحديثة

أولاً :- نـظرة الإسـلام لـلمـرض :

يعترف الإسلام بالمرض كحالة غير طبيعية تصيب أعضاء معينـــة من الجسم[1] فالرسول ﷺ يقول لسعد بن أبي وقاص: حيث أصيب بمرض القلب:"أنك رجل مفؤود، فأت الحارث بن كلـــدة اخـــا ثقيـــف فإنـــه رجـــل يتطبب"[2] إذن ليس المرض ناتجاً عن الشيطان والنجوم والأرواح الشريرة، لذلك منع الإسلام كل الممارسات المبنية على هذه المعتقدات الخاطئة مثـــل التطير والتمائم والعرافة وغيرها، ويقـــولﷺ: "مـــن علـــق تميمـــة فقـــد أشرك"[3]، "ومن أتى عرافاً أو كاهناً فصدقه بما يقول فقد كفر بما أُنزل على محمد"[4]، "لا طيرة ويعجبني الفأل الصالح الكلمة الحســـنة"[5]، "أن الرقـــي والتمائم والتولة شرك"[6].

---

(١) موقع شبكة الإنترنت : إسلام ست الصحة من منظور إسلامي . بتاريخ ٢٠٠٤/٧/١٩م

http://www.islamset.com/arabic/ahip/islamic/alsayad.html.P.٤.

(٢) اخرجة الطبرانى ، فى معجمه الكبير ، ج ٦ ، ص ٥٠ ، ح ٥٤٧٩ .

(٣) اخرجة الطبرانى ، فى معجمه الكبير ، ج ١٧ ، ص ٢٩٧ ، ح ٨٢٠ .

(٤) اخرجة الترمذى ، فى سننه ، ج ١ ، ص ٢٤٤ ، ح ١٣٥ .

(٥) اخرجة البخارى ، فى صحيحة ، ج ٥ ، ص ٢١٧١ ، ح ٥٤٣٤ .

(٦) اخرجة الطبرانى ، فى معجمه الكبير ، ج ١٠ ، ص ٢١٣ ، ح ١٠٥٠٣ .

صحيح أن الإسلام لم يوضح العوامل والأسباب المرضية بالصورة التي نفهمها اليوم، لأن الحضارة الإسلامية في هذا العصر لم تكن لتستوعب هذه المعلومات، ومع ذلك فقد أعطى إشارات محددة تهدف لسلامة المجتمع المسلم، مثل: ما ذكره الرسول في العدوى، وصحة البيئة، والتغذية، والنظافة الشخصية، وهذه لا تختلف عما يقوله عالم في هذا العصر الحديث، يعرف مسببات الأمراض ووسائل مكافحتها، وحديث الرسولﷺ ما هو إلا أسلوب الحجر الصحي الحديث للأمراض الانتقالية، ولكن دون أن يذكر العامل المرضي (الميكروب) وطريقة انتقاله بصراحة، عن إسامة بن زيد قال رسول الله ﷺ "إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها"(١).

بل أن كرة المرض أمر طبيعي يقبله الإسلام، فعندما قال أبو الدرداء لرسول الله:"لأن أعافي فأشكر أحب إلى من أبتلى فأصبر. فقال الرسول: "الله يحب معك العافية، أسألوا الله العافية فإنه ما أوتي أحد بعد يقين خير من العافية"(٢)

ولكن إذا ما حدث المرض فإن المسلم أقدر على تقبل هذا الواقع المؤلم، بصبر ينبعث من إيمانه بنظرية الابتلاء، فالمرض ليس غضباً من الله أو عقاباً من السماء، لكنه ابتلاء يكفر الذنوب، ويرفع الدرجات، إذا تلقاه المسلم بصبر واحتساب لقوله ﷺ :"ما يصب المسلم من نصب ولا

---

(١) سبق تخريجه .

(٢)اخرجة ابن حنبل ، فى مسنده ، ج ١ ، ص ٣ ، ح ٥ .

وصب ولا هم ولا حزن ولا أذى ولا غم حتى الشوكة يشاكها إلا كفـر الله بها خطاياه"[٣].

بل أن هناك جانباً يتميز به الإسلام من موقفة من المرض، وهو وأن بدا أمراً يتعلق بالسلوك، إلا أنه في نهاية الأمر نوع من العلاج النفسي، لنا أن نصنفه في جانب العلم بأكثر فيما يصنف في جانب الآداب والأخلاقيات، فللمريض حق على الصحيح وهو حق العيادة، كما أن له حق على الطبيب هو حق الطبابة، وهذه الحقوق تستخدم التأكيد الشديد الذي ركزت عليه أحاديث الرسول في عيادة المريض على ما يشبه الوجوب[١]، وأنها من حقوق المسلم على المسلم، أنها ليست مجرد تخفيف عنه وصله له، ولكنها قربى إلى الله، يقول الرسول ﷺ في الحديث القدسي: " أن الله Y يقول يوم القيامة يا ابن أدم مرضت فلم تعدني قال يا رب: كيف أعودك وأنت رب العالمين، قال أما علمت أن عبدي فلان مرض فلم تعده، أما علمت أنك لو عدته لوجدتني عنده" [٢]. وهكذا فالمريض قريب من الله، كما يقول الرسول الكريم: "عودوا المرضى ومروهم فليدعوا لكم، فإن دعوى المريض مستجابة وذنبه مغفور"[٣]،"إذا دخلت على مريض فمره يدعو لك، فإن دعاؤه كدعاء الملائكة[٤].

---

(٣) اخرجة الترمذى ، فى سننه ، ج ٣ ، ص ٢٩٨ ، ح ٩٦٦ .

(١) د. محمود جاد عبد الرحيم ، (هدى الإسلام في الطب الحديث ، دراسة مقارنة ، وبرامج صحية وقائية سلامية) ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، ١٩٩٧م ، ص١٧٣ .

(٢) اخرجة مسلم ، فى صحيحه ، ج ٤ ، ص ١٩٩٠ ، ح ٢٥٦٩ .

(٣) اخرجة الطبرانى ، فى معجمه الأوسط ، ج ٦ ، ص ١٤٠ ، ح ٦٠٢٧ .

(٤) اخرجة الترمذى ، مختصر صحيح البخارى ، مرجع سابق ، ح ١٨٦٧ .

بهذه الفلسفة يكون المريض قادراً على التماسك والتحمل، ولا يكون المرض البدني سبباً في تولد المرض النفسي أو الاضطرابات العضوية والنفسية، بل أن صلابة النفس كثيراً ما تساعده في شفاء المرض الأصلي.

وينتج من تلك الفلسفة أيضاً أن الأزمات الصحية مهما اشتدت لا تقود المسلم إلى التفكير في التخلص من حياته، بل لا يجوز له أن يتمنى الموت، عن أنس بن مالك عن رسول الله ﷺ: "لا يتمنى أحدكم الموت من ضراً أصابه، فإن كان لابد فاعلاً فليقل اللهم إحيني مادامت الحياة خيراً لي، وتوفني إذا كانت الوفاة خيراً لي"(١).

أعطى الإسلام المريض رخصة تعفيه من الالتزامات الشرعية، حسب ما تمنعه الضرورة ففي القرآن الكريم ﴿لَّيۡسَ عَلَى ٱلۡأَعۡمَىٰ حَرَجٞ وَلَا عَلَى ٱلۡأَعۡرَجِ حَرَجٞ ...﴾ [سورة النور:٦١]، لذا يباح الذهب في العلاج التعويضي، كما أمر رسول الله ﷺ بذلك، كما يباح استعمال الحرير في المرض الجلدي، فرسول الله ﷺ رخص لعبد الرحمن بن عوف، والزبير بن العوام، في لبس الحرير لحكة كانت بهما، مع أن كليهما محرم على الرجال، والأمراض التي لم تكتشف علاجها بعد هي ابتلاء الله تعالى للعبد فعليه أن يصبر ويحتسب وله الجنه .

ثانياً :- أنواع الأمراض في نظر الإسلام :-

يخطئ من يظن أن الأمراض تصيب الأبدان فقط !، ولكنها تصيب " النفس" أيضاً: فنجد النفس الطيبة والنفس الخبيثة .. ومرض البدن أن لم

(١) اخرجة ابن ماجه ، فى سننه ، ج ٢ ، ص ١٤٢٥ ، ح ٤٢٦٥

يشف بالدواء فالموت نصيبه، وهو شئ مقدر على المريض وعلى السليم على السواء، أما أمراض النفس، فإن لم تشف في الدنيا، فالنار نصيب صاحبها [٣].

وعلى ذلك قسم علماء الإسلام المرض إلى نوعين [٤]:-

النوع الأول: أمراض القلوب:

١- أمراض مادية (عضوية) .

٢- أمراض نفسية .   ٣- أمراض إيمانية.

النوع الثاني: أمراض الأبدان :

بالنسبة للنوع الأول: تتنوع أمراض القلوب مثل كل الأمراض إلى أنواع ثلاثة :-

فعلى سبيل المثال ؛ إذ قلنا مرض قصور شرايين القلب فإننا نعني بذلك مرضاً مادياً، وإذ قلنا الاكتئاب أو العصاب، فإننا نعني بذلك مرضاً نفسياً، ويشمل ذلك المريض بالوهم الذي يحير العديد من الأطباء بأن يعطي أوصافاً لأمراض قلبية دون أن يكون مصاباً بأي منها.

والنوع الثالث والأخطر هنا هو الأمراض الإيمانية[١] وهي الأمراض التي أشير إليها في القرآن الكريم مثل قوله تعالى: ﴿ فِي قُلُوبِهِم مَّرَضٌ فَزَادَهُمُ ٱللَّهُ مَرَضًا ...﴾ [سورة البقرة:١٠] " .

---

(٢) نبيل خالد، الأمراض ومعجزة الوقاية والعلاج ، مكاتب ومكتبات الأهرام ، القاهرة ، ١٩٩٩هـ ، ص٦

(٣) مرقع شبكة الإنترنت .بتاريخ ٢٠٠٥/١/٧م

http://www.heartcles.com/heartsa/index.php

(١) نفس المرجع السابق

والأمراض المادية[٢] نذكر منها العيوب الخلقية كوجود ثقب في القلب ومنها القلب الروماتيزمية والتي تصيب صمامات القلب، وأيضـــاً أمـــراض اعتلال وقصور وفشل وظائف القلب ومنها أمراض الشرايين التاجية التـــي تقوم بتغذية القلب، وتؤدي الجلطات منها إلى احتشاء عضلة القلب.

والأمراض المعنوية: التي تحتوي على الأمراض النفسية والأمراض الإيمانية. يقول الإمام الغزالي في كتابه " المنقذ من الضلال" [٣] خلـــق الله الإنسان من بدن وقلب ويعني بالقلب حقيقة روحه التي هي محـــل معرفـــة الله، وكما أن البدن له صحة بها سعادته، ومرض فيها هلاكه، وأن القلـــب كذلك له صحة وسلامة، ولا ينجو إلا من أتى الله بقلب سليم، وله مـــرض فيه هلاكه الأبدي الأخرى كمـــا قـــال تعـــالى: ﴿ فِي قُلُوبِهِم مَّرَضٌ ...﴾ [سورة البقرة:١٠]. وعلى الجملة فالأنبياء أطباء أمراض القلوب مع مراعاة أن الله تعالى مقلب القلوب والأحوال، وقلب المؤمن يبن إصـــبعين مـــن أصـــابع الرحمن والله تعالى يحول بين المرء وقبله.

وأهم هذه الأمراض[١] الختم، والطبع، والران، والضيق، والقســـاوة، والانصراف، الأفكار، الحمية، الموت.

والختم: من أشد الأمراض فتكاً بالقلب. ويمكن تشـــخيص أمـــراض القلوب من هذه الأعراض: صـــاحب القلـــب المـــريض لا حـــب الطاعـــات والأعمال الصالحة.

---

(٢) موقع شبكة الإنترنت بتاريخ ٧/١/٢٠٠٥م

http://www.heartcles.com/heartsa/index.php

(٣) نفس المرجع السابق .

(١) موقع شبكة الإنترنت . بتاريخ ٧/١/٢٠٠٥م

http://www.heartcles.com/heartsa/index.php

وصاحب القلب المريض يحب المعاصي، ولا يحب ذكر الله ولا يحب الأماكن الطيبة ويضيق بها ويأتي بالأماكن الموبوءة، ولا يحب أهل الخير والعلم والفضل والدعوة ويحب أهل السوء.

أما أمراض الأبدان: المرض هو خروج عن الاعتدال، أو خروج العضو عن هيئته (٢).

وذكر مرض البدن في الحج والصوم والوضوء، لسر بديع يبين عظمة القرآن والاستغناء به لمن فهمه وعقله عن سواه.في أية الصوم: قال تعالى: ﴿... فَمَن كَانَ مِنكُم مَّرِيضًا أَوْ عَلَىٰ سَفَرٍ فَعِدَّةٌ مِّنْ أَيَّامٍ أُخَرَ ...﴾ [سورة البقرة:١٨٤] فأباح الفطر للمريض لعذر المرض وللمسافر :حفاظاً لصحته وقوته عما يضعفها. وفي آية الحج: قال سبحانه: ﴿... فَمَن كَانَ مِنكُم مَّرِيضًا أَوْ بِهِۦٓ أَذًى مِّن رَّأْسِهِۦ فَفِدْيَةٌ مِّن صِيَامٍ أَوْ صَدَقَةٍ أَوْ نُسُكٍ ...﴾ [سورة البقرة:١٩٦] فأباح للمريض ومن به أذى من رأسه أن يحلق رأسه في الإحرام استفراغاً لمادة ... الرديئة التي أوجبت له الأذى في رأسه .

وفي أية الوضوء: قال تعالى: ﴿وَإِن كُنتُم مَّرْضَىٰٓ أَوْ عَلَىٰ سَفَرٍ أَوْ جَآءَ أَحَدٌ مِّنكُم مِّنَ ٱلْغَآئِطِ أَوْ لَٰمَسْتُمُ ٱلنِّسَآءَ فَلَمْ تَجِدُوا۟ مَآءً فَتَيَمَّمُوا۟ صَعِيدًا طَيِّبًا ...﴾ [سورة النساء:٤٣]. فأباح للمريض العدول عن الماء إلى التراب حماية له أن يصيب جسده ما يؤذيه مرض أيوب – عليه السلام – كمثال لأمراض الأبدان .

نبي الله أيوب يمتحن امتحاناً عسيراً في صحته، ويختبر اختباراً قاسياً من رب العزة، إذ يمرض مرضاً خطيراً طويلاً قاسياً، ثم يصعب شفاؤه منه، ويضيق ذرعاً من الشيطان، ويعرف أن كلا من عند الله، ومن

---

(٢) أبن القيم (شمس الدين محمد بن أبى بكر) ، الطب النبوي ، دار الكتب العلمية ، بيروت ، ١٤٠٣هـ - ١٩٨٣، ص ٢: ٣

المعروف أن الأنبياء لا يمرضون مرضاً ينفر الناس منهم، والأنبياء ليسوا كغيرهم من الخلق. لقد طال مرض سيدنا أيوب، وقيل أنه استمر سبع سنوات عجاف متصلة[1]. ولكن أخلاقه النبوية تأبى عليه القنوط فلم يفت ذلك في ساعده، ولم ييأس من رحمة الله، فلم يلجأ منه إلا إليه، ولم ينته إلى غيره إنما انتهى إليه، وأنصرف إلى ربه بجوارحه ومشاعره في ذلك وبخضوع يناجيه ويستنجده ويستغيثه، قال تعالى : ﴿ ۞ وَأَيُّوبَ إِذْ نَادَىٰ رَبَّهُۥٓ أَنِّي مَسَّنِيَ ٱلضُّرُّ وَأَنتَ أَرْحَمُ ٱلرَّٰحِمِينَ ﴿٨٣﴾ فَٱسْتَجَبْنَا لَهُۥ فَكَشَفْنَا مَا بِهِۦ مِن ضُرٍّ ۖ وَءَاتَيْنَٰهُ أَهْلَهُۥ وَمِثْلَهُم مَّعَهُمْ رَحْمَةً مِّنْ عِندِنَا وَذِكْرَىٰ لِلْعَٰبِدِينَ ﴿٨٤﴾﴾ [سورة الأنبياء٨٣ :٨٤].

وقيل أنه كان مرض أيوب عليه السلام كان مرض جلدي أصاب الأطراف قال تعالى : ﴿ ٱرْكُضْ بِرِجْلِكَ ۖ هَٰذَا مُغْتَسَلٌۢ بَارِدٌ وَشَرَابٌ ﴿٤٢﴾﴾ [سورة ص:٤٢] وكان قرب أيوب من ربه سبب شفائه من المرض.

ثالثاً :- أمراض الحضارة الحديثة :

إن أمراض الحضارة الحديثة يفترض أن لا تجد لها مكانا في المجتمع الإسلامي، لان الإسلام حرم الخمر وأكل الميتة والدم ولحم الخنزير، هذه هي أساس أمراض الكبد والجهاز الهضمي وأمراض القلب. وحرم تناول كل ما يضر بالجسد ومنها استعمال المخدرات والتدخين الشديد التي هي المصدر الأساسي في أمراض سرطان الرئة والبلعوم والاضطراب العقلي وأوصى بالاعتدال بأكل اللحوم الحمراء، خصوصا لحوم البقر

---

(١) د. السيد الجميلي، الإعجاز الطبي في القرآن الكريم ، دار ومكتبة الهلال ، القاهرة ، ١٩٩٠م ، ص١٢٧

والضأن وهذه هي مصدر أمراض القلب وتصلب الشرايين، وأوصى باستعمال السواك لتنظيف الأسنان وتطهير الفم وهو تمهيد لممارسة طب الأسنان الوقائي. ولا شك أن للدولة الإسلامية مبدأ حق التدخل للحفاظ علي البيئة الطبيعية من التلوث الصناعي، لان التلوث يعتبر أحد مصادر أمراض السرطان، وأمراض الرئة بأنواعها المختلفة وحرم الإسلام الإجهاض والانتحار وقتل النفس البريئة فاكفى الطب التدخل في هذا الحقل الذي يستنزف طاقات المؤسسة الصحية. وأوجب الإسلام التزكية الشرعية ووضع شروط للصيد والذباحة، وهذا الواجب جنب النظام الصحي العديد من الأمراض المتعلقة بالقلب وجريان الدورة الدموية[(١)] .

ولا ريب أن الاطمئنان النفسي والراحة الشعورية التي ينزلها النظام الإسلامي على قلوب الأفراد من حيث محو نسبة الجرائم والاعتداءات والسرقات يساهم بشكل فعال في إزالة الأرق والقلق النفسي والقرحة والأمراض العقلية التي يعاني منها أفراد الحضارة الحديثة.

---

(١) Http://raped.net/books/olom.quran/nazaria/no٧.html موقع الشبكه ٢٠٠٤/٨/٢٠ م بتاريخ ١

مقدمة

الحمد لله الذي هدانا لنعمة الإسلام، وأحل لنا الطيبات وحرم علينا الخبائث، والصلاة والسلام على رسولنا محمد ﷺ، القدوة الحسنة، الذي نظم حياة الأمة وأخذ بيد البشرية على سبيل الخير والرشاد، وعلى آله وصحبه وسلم، الذي تمسكوا بهدى الرسالة فطبقوا مبادئ الدين، فجعلوه نظاماً يحقق للمجتمع الإسلامي ما يصبوا إليه من سعادة وعدل.

وبعد: فهذا البحث اقتصاديات الصحة بين الاقتصاد الوضعي والإسلامي، ويهدف بالدرجة الأولى إلى تخليص الفرد من المرض، وتمكينه من العودة إلى حالة السلامة والصحة وبالتالي إلى عجلة الإنتاج وإن مفهوم الصحة ينصرف إلى حالة السلامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد، ويرتبط المستوى الصحي للفرد بحالة المسكن ومستوى التعليم ومستوى الغذاء وتنوع مستوى نظافة البيئة ومستواه الاقتصادي، وإن عناية الإسلام بالصحة لم تكن أقل من عنايته بالعلم، ذلك أن الإسلام يبنى أحكامه متوائمة مع الواقع، والواقع أنه لا علم إلا بالصحة، ولا مال إلا بالصحة ،ولا عمل إلا بالصحة، ولا جهاد إلا بالصحة، والصحة رأس مال الإنسان وأساس خيره وهنائه .

وتعتبر نشأت الإسهامات الفكرية في مجال اقتصاديات الصحة مع بداية مولد علم الاقتصاد نفسه، لدرجة أن الاقتصاديين الغربيين يعدون آدم سميت من الاقتصاديين المتخصصين في "اقتصاديات الصحة" (١) .

---

(١) د. طلعت الدمرداش، اقتصاديات الصحة والتنمية (بحث غير منشور) كلية التجارة جامعة الزقازيق ٢٠٠٤ ص٧

وتمثل اقتصاديات الصحة أحد فروع علم الاقتصاد، ويمكن أن يعد فرع من فروع الاقتصاد التطبيقي، وتهتم اقتصاديات الصحة بدراسة وتحليل جانب العرض أو جانب الإنتاج للصحة كمنتج نهائي يستخدم موارد اقتصادية عديدة، وتحليل جانب الطلب على الصحة، ومدخلاتها وكذلك تحليل أطر التمويل والإنفاق، واقتصاديات الأطر المؤسسة المنتجة للصحة، وتحليل جوانب الكفاءة الاقتصادية في أسواق إنتاج الصحة.

والاقتصاد الوضعي يتخذ مسلكاً أساسه مادي بحت وقائم على أساس قوانين وضعية من صنع البشر لا تأخذ في اعتبارها إلا المصالح الدنيوية ولذلك فإن كل أهدافها تصب في وعاء واحد إلا وهو تحقيق أقصى إشباع أو عائد دنيوي ولا مكان في هذا الوعاء للمصالح الأخروية، أما الاقتصاد الإسلامي فإنه يستمد ترتيباته وتنظيماته من القانون السماوى المتمثل في منهج الشريعة الإسلامية والتي تحمل في طياتها مصالح الدنيا والآخرة (دين ودنيا)، والتي تعتبر صالحة لكل زمان ومكان، لا يأتيها الباطل مهما طال الزمان، وكيف لا تكون كذلك وهى من صنع رب العالمين[1] ﴿ ٱلَّذِىٓ أَحۡسَنَ كُلَّ شَىۡءٍ خَلَقَهُۥۖ وَبَدَأَ خَلۡقَ ٱلۡإِنسَٰنِ مِن طِينٍ ۝٧ ثُمَّ جَعَلَ نَسۡلَهُۥ مِن سُلَٰلَةٍ مِّن مَّآءٍ مَّهِينٍ ۝٨ ﴾ [سورة السجدة٧ :٨].

ولكن ماذا تعنى اقتصاديات الصحة بين الاقتصاد الوضعي والإسلامي هل تعنى الهواء الذي نستنشقه، والماء الذي نشربه، والطعام الذي نأكله، أم أنها تعنى عادات النوم والحركة والنشاط والألم والحزن

---

(١) محمد عبد المنعم عفر، د. أحمد فؤاد، التحليل الاقتصادي الجزئي بين الاقتصاد والوضعي والاقتصاد الإسلامي، مؤسسة شباب الجامعة – الإسكندرية، ١٩٩٩م ، صـــ٢.

والسعادة وطريقة تناول الأشياء ،أم أنها تعنى تلك الأهداف الصحية من حماية البيئة وتجنب التلوث، والارتقاء بالصحة، والوقاية من الأمراض ومكافحتها والتشخيص المبكر للأمراض والعلاج الناجح وتأهيل المعاقين، والمساهمة في توفير الخدمات الصحية، أم أنها تعنى السلوكيات الشخصية والعادات والتقاليد المجتمعية سواء المكتسبة أو الفطرية ،أم أنها تعنى تلك الخدمات الصحية من عيادات طبية خاصة ومستشفيات حكومية عامة، ومعامل تحاليل ومراكز أشعة، أم أنها تعنى سوق العمل من الأطباء والممرضات وسوق المعدات والأجهزة الطبيعة وسوق الأدوية والخدمات الصيدلانية.

أم أن اقتصاديات الصحة تنحصر في دراسة انعكاسات الحالة الاقتصادية للمجتمعات كالفقر وسوء للتغذية والتكدس السكاني وعدم توافر مياه الشرب ونقص الموارد والتوتر العصبي المصاحب لهذا العصر والأسباب الوراثية المسببة للأمراض أم أنها تعنى دراسة الآثار المترتبة على المشكلات الصحية كالأمراض الاجتماعية الخطيرة وانتشار الضعيف والجوع والبطالة، وارتفاع التكلفة المادية وانخفاض الإنتاجية، وضعف الأداء الإداري، ركود النشاط الاقتصادي، أم أنها تعنى تلك الأمراض والمخاطرة الصحية "وكيفية الحد من خطورتها وعدم وانتشارها، أم أنها تعنى بمدى تغطية مظلة التأمين الصحي في المجتمع ومدى حصول كل فرد على الرعاية الصحية ،أم أنها تعنى إمكانية الموارد المتاحة وطريقة استخدامها وتوزيعها بشكل عادل لتحقيق أكثر إشباع ممكن للحاجات الإنسانية، ربما تمثل اقتصاديات الصحة كل هذا بل ربما تكون أكثر من ذلك

في تلك الكنوز العظيمة والثروة الهائلة التي يمتلكها الإنسان ولم يحسن استغلالها ولم يدرك مكاسبها ويظلم فيها نفسه لقول رسول الله ﷺ نعمتان مغبون فيهما كثير من الناس: الصحة والفراغ. ذلك أن الصحة نعمة مغبون فيها كثير من الناس، فلا يدركون قيمتها ولا يستخرجون منافعها الكاملة الكامنة، ويظلمون فيها أنفسهم.

وبالرغم من أن التحليل الاقتصادي الجزئي الإسلامي يتسم بخصوصيته وله أدواته الخاصة، إلا أنه لا يمكن إنكار أن هناك من أدوات التحليل الاقتصادي الجزئي الوضعي التي لا تتعارض مع منهج الشريعة الإسلامية، ومن ثم لا ضرر من استخدامها في مجال التحليل في الاقتصاد الإسلامي بعد التأكد من خلوها من الشوائب الوضعية التي تتعارض مع منهج الشريعة الإسلامية، وفى هذه الحبالى تضفى عليها صفة الشرعية.

وعندما نتجه بالتحليل الاقتصادي لأسواق الخدمات الصحية (على اعتبار أنى جزء من اقتصاديات الصحة) التي تتكون من مجموعات ثلاث هي مستهلكي الخدمات الصحية (جانب الطلب) – أو منتجي الخدمات الصحية (جانب العرض) أو عارض الموارد – عوامل اقتصادية تستلزم الدارسة والتحليل الاقتصادي حتى يمكن تفهم الطبيعة الخاصة ورسوم الخدمات الصحية في إطار التحليل الاقتصادي التي تنتجها النظرية الاقتصادية بمستواها الجزئي والكلى.

وبعد: لابد أن ندرك أن الوقاية والعلاج والحفاظ على الصحة أغلى ما خلق الله للإنسان، بل هي جزء أساسي لاختلاف الإنسان في الأرض، حتى يقوم بدورة في الحياة بالسلوك القويم والإيمان وعمارة الأرض بالعمل والإنتاج، وندرك ذلك أيضا من أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي في مجال التطبيق في الحضارة الإسلامية في المؤسسات العلاجية "البيمارستانات".

أهداف البحث:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

١- تحديد السياسات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي.

٢- تحديد المشكلات الصحية الاقتصادية في المجتمع الإسلامي، ومعرفة موقف الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي من هذه المشكلات وكيفية مواجهتها، مع توضيح ما هنالك من جوانب اتفاق واختلاف.

٣- التوصل إلى بعض أساليب الوقاية والعلاج التي تساهم في تقرير انسب إجراء لتعزيز المعيشة الصحية ورفاهية المجتمع الإسلامي.

أهمية البحث:

١- يفيد تحديد السياسات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي في تحديد مفهوم الصحة، وتحديد الأهداف الصحية، وإبراز صور من التحليل الاقتصادي المتعلق بالعرض والطب، والإنفاق والتمويل، والتأمين الصحي، وإتاحة الخدمات بشكل عادل، وعدم حرمان أي شخص من العلاج.

٢- يفيد في التعرف على الأمراض، التي هي إحدى المشكلات الصحية الإنسانية الكبرى، والتي أضنت البشرية بها بين ثلاث (الفقر والجهل والمرض) ومن ثم يمكن التغلب عليها.

٣- ندرة الإسهامات الفكرية في مجال اقتصاديات الصحة في الاقتصاد الإسلامي، وقلة هذه الإسهامات الفكرية والبحثية باللغة العربية في مجال الاقتصاد الوضعي.

منهج البحث:

تعتمد الدراسة على المنهج الاستنباطي وذلك من خلال استنتاج أحكام الشريعة الإسلامية من الآيات القرآنية الأحاديث النبوية الشريفة، واجتهاد المفكرين الإسلامية وكذلك المنهج الاستقرائي وذلك باستقراء لبعض المؤسسات العلاجية في الحضارة الإسلامية واستخدام أساليب التحليل الاقتصادي حتى يمكن معالجة وتفهم الطبيعية الخاصة للمؤثرات الصحية في إطار أدوار التحليل الاقتصادي التي تنتجها النظرية الاقتصادية بمستواها الجزئي والكلى في معالجة المشكلات الصحية للمجتمع.

خطة الدراسة:

وقد جاءت هذه الدراسة في ثلاثة أبواب، يحتوى كل باب على ثلاثة فصول:

نستعرض في الباب الأول: دراسة تحليلية للسياسيات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي، وذلك من خلال ثلاثة فصول:

الفصل الأول: فلسفة وأهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي وذلك من خلال عرض مفهوم الصحة وعرض مفهوم اقتصاديات الصحة من وجهات نظر متعددة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي للتوصل إلى منهج إجرائي تتبناه الدراسة.

ونستعرض في الفصل الثاني "الأهداف الصحية" وذلك من خلال استعراض هذه الأهداف في الاقتصاد الوضعي والإسلامي للتوصل إلى إمكانية إقامة المجتمع الصحيح البنية المنبع ضد الأمراض.

ونتناول في الفصل الثالث: صور من التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية وذلك من خلال تحليل الطلب على الخدمات الصحية ومحدداته كحالة خاصة، ودراسة خصائص ومرونة الطلب على الخدمات الصحية، وعرض المنتج من الخدمات الصحية، واستعراض لأبرز نظريات الطلب في مجال الخدمات الصحية (نظرية الطلب المحفوز بالعرض)، ودراسة الطلب والعرض في الاقتصاد الإسلامي، ثم الاعتبارات التي يجب مراعاتها في تحليل الطلب والعرض للخدمات الصحية ثم نتناول دراسة الإنفاق والتمويل لخدمات الصحية وذلك من خلال عرض تحليلي للبيانات الإحصائية للإنفاق على القطاع الصحي في الدول المتقدمة والنامية، ومدى مساهمة الإنفاق الصحي كأحد المؤشرات في تحسين الصحة ودراسة الجوانب المتعلقة بالتمويل الصحي ومدى توفير الموارد الرأسمالية اللازمة للخدمات الصحية ثم عرض نماذج التأمين الصحي من خلال تجارب بعض الدول كالمملكة المتحدة وأمريكا ومصر.

وفى الباب الثاني: دراسة المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي كالآتي وذلك من خلال ثلاثة فصول نستعرض في الفصل الأول: أسباب ودوافع المشكلات الصحية والتحليل الاقتصادي لهذه الأسباب ووجهة نظر الإسلام تجاه هذه الأسباب.

وفى الفصل الثاني: الآثار المترتبة على المشكلات الصحية وذلك من خلال عرض هذه الآثار بالدراسة والتحليل الاقتصادي ومفهوم الإسلام فيها ونتعرف في الفصل الثالث على "الأمراض" هي إحدى المشكلات الصحية الإنسانية الكبرى وذلك من خلال استعراض لأنواع الأمراض الوافدة والمستوطنة، ونظرة الإسلام للمرض والمريض وعرض إحصائي للمخاطر الصحية في العالم.

وفى الباب الثالث: أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي والإسلامي وذلك من خلال ثلاثة فصول ففي الفصل الأول أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي وذلك من خلال إبراز الأساليب المختلفة للوقاية والعلاج ومدى مساهمة المستشفيات الحديثة في الوقاية والعلاج وفى الفصل الثاني أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي وذلك من خلال رؤية القرآن الكريم والطب النبوي التي أرسى قواعده ﷺ منذ أربعة عشر قرنا وفى الفصل الثالث: أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي في مجال التطبيق وذلك من خلال المؤسسات العلاجية في الحضارة الإسلامية (البيمارستانات).

الباب الأول

دراسة تحليلية للسياسات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

تولى الدول الإسلامية وغير ها من دول العالم اهتمامات كبيرة تجاه الصحة، بحيث يتمتع كل مواطن بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة وتمكنه من الحياة الطيبة الاقتصادية المنتجة وما يرتبط ذلك من أهداف صحية مكملة منها حماية البيئة وتجيب التلوث والارتقاء بالصحة الوقاية من الأمراض ومكافحتها والتشخيص المبكر للأمراض، وتأهيل المعاقين والمساهمة في توفير الخدمات الصحية.

ولكي تتحقق هذه الأهداف فإنها تحتاج إلى سياسات واستراتيجيات ترعى القيم المتأصلة في المجتمع، من حيث تحقيق مفهوم الصحة كما عرفها العلماء المسلمون منذ عشرة قرون، وحثت على الحفاظ وعدم التفريط فيها الشريعة الإسلامية، وكما عرفها العلماء المعاصرون وشجع عليها الكثير من الدول والشعوب والأخذ في تحقيقها وصولاً إلى أهمية الصحة كقيمة في حد ذاتها، على أن يساهم بنصيب وافر في النمو الاقتصادي ومنطلق للتنمية الاقتصادية وتقدم المجتمع ورفاهيته، وذلك باستغلال موارده بأقصى طاقة ممكنة.

- وتقوم السياسات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي، على أن الإنسان هو هدف في رفع المستوى الاقتصادي. وذلك بترقيه حياته ورفع مستواه الصحي، وتقليل معاناته، بصيانة حقوقه الصحية وتوفير حاجاته الأساسية والتأهيلية مركزة على.

- تعزيز السلوك الدائم للصحة وإزالة العوامل والمحددات المؤثرة سلبا على الصحة سواء كانت بيئة أو اقتصادية أو اجتماعية أو سلوكية وصولاً لسياسات صحية فاعلة.
- إن اقتصاديات الصحة تمكن من تحليل السياسات الصحة المتعلقة بالعرض والطب بالنظر إلى إمكانيات المواطنين وإتاحة الخدمات بشكل عادل، وتساعد على صنع القرار والأخذ بالبرامج الصحية الأكثر كفاءة وعدل.
- وتمكن من التحليل الاقتصادي للتمويل والأنفاق على الخدمات الصحية، وإيجاد العلاقة بينهم، فإن توفر التمويل الجيد من مصادرة المعتمدة، ووافقه الأنفاق الجيد على الموارد الصحية، فإن تحسن الرعاية الصحة تساهم في تحسن مستوى الصحة ورفع مستواها وبالتالي زيادة الإنتاج، وزيادة متوسط الأعمار في المجتمع.
- كما أن اقتصاديات الصحة المبنية على العدالة والتأكيد على مساهمة المواطنين في تمويل الخدمات الصحية مع مراعاة التكامل الاجتماعي بين فئات المجتمع وتشجيع مؤسسات التأمين الصحي العامة والخاصة مع التأكيد على عدم حرمان أي شخص من العلاج لأسباب اقتصادية أو اجتماعية.
- التزام الدولة بتحمل العبء الأكبر من الخدمات الصحية العامة خاصة خدمات صحة البيئة والوقاية من الأمراض ودعم تعزيز الصحة.
- تشجيع القطاع الخاص للاضطلاع بدور أكبر في تنمية وتقديم الخدمات الصحية وتشجيع الاستثمار في القطاع الخاص في مجالات الصحة العامة.

- وتعتبر مزايا ونقاط قوة الخدمات الصحية من أهم الوسائل المستخدمة لتحقيق الأهداف المرجوة في المجتمعات.
- وبناء على ما سبق سيتم التعرض لفلسفة وأهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي في الفصل الأول ثم الأهداف الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي في الفصل الثاني ثم صور من التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي ومزايا وعيوب القطاع الصحي في مصر في الفصل الثالث.

الفصل الأول

فلسفة وأهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

الإسلام دين كامل للأفراد والجماعات والدول والشعوب، ومنهج حياة شامل للبشرية جمعاء، وتبيانا لكل شيء، حث على النظافة، وأحل الطيبات وحرم الخبائث فكانت أوامره ونواهيه وأحكامه شريعة ومنهاجاً، فملئت حياة المسلمين حركة، ونشاطا، وسعياً وجهاداً، نفسا وروحاً، وقلبا وعقلاً، وفكراً ومعنى، فجابوا الأرض شرقاً وغرباً، رافعين راية لا إله إلا الله محمد رسول الله، ولولا سلامة أجسادهم وقوة أبدانهم، وصلابة عقيدتهم ما خرج الإسلام من الجزيرة العربية .

فكانت فلسفة الصحة التي تحلوا بها، من خلال تطبيقهم لأوامر دينهم عاملاً اقتصادياً فعالاً في حياتهم من حيث الوفرة والسعة، في الغزوات والفتوحات بمعنويات عالية، جهاداً في سبيل الله .

وقديماً قالوا:"الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى ولما كانت الصحة تاج الإنسان، وأساس خيره وهنائه، ورفاهيته وعزه واثبات تواجده وحياته، فكانت أهمية الصحة تتمثل في الدور المباشر والفعال في زيادة التنمية الاقتصادية والبشرية للشعوب والمجتمعات .

ومما شجع الدول وساعد المنظمات الدولية وباحثوا اقتصاديات الصحة في المؤسسات الإنتاجية، والأبحاث العلمية في العالم، التي أثبتت نتائجها بأن تحسين الصحة يسرع بالنمو الاقتصادي، والنمو البشرى، فكان من الأهمية بمكان محاولة وضع مفهوم لها، وإيجاد تعريفاً للصحة يساعد على تحقيقه للأفراد والجماعات .

ويتم دراسة هذا الفصل من خلال مبحثان:

المبحث الأول: مفهوم الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي .

المبحث الثاني: أهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي .

المبحث الأول
مفهوم الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

١-١ مفهوم الصحة في الاقتصاد الوضعي :

ولقد مرت محاولات عديدة خلال العصور التاريخية لتعريف الصحة في ظل ارتباطها بكل من المستوى الصحي للفرد، والمستوى الصحي للمجتمع، من أجل تعريف الصحة الشخصية، وصحة المجتمع، ومفاهيم كل منهما .

ففي العصر اليوناني القديم، كان مفهوم الصحة يتجه أساساً نحو الصحة الشخصية كمفهوم يهدف إلى تقوية صحة الفرد عن طريق الاهتمام بنظافته الشخصية[(١)]، ثم اتجه مفهوم الصحة نحو مفهوم صحة البيئة وذلك في العصر الروماني، الذي تحولت اهتمامات الصحة العامة من الصحة الشخصية إلى صحة البيئة) كمفهوم يهدف إلى حفظ وتحسين البيئة، والمشاكل البيئية التي تؤثر في الجماعات .

ولقد عهدنا الناس يعرفون الصحة بأنها انعدام المرض، كالذي يعرف الحياة بأنها انعدام الموت، فقد سبق أطباء الحضارة الإسلامية منذ قرون عديدة بتعريف الصحة .

---

(١) د. كمال عبد الحميد إسماعيل ، د. أبو العلا أحمد عبد الفتاح ، الثقافة الصحية للرياضيين ، دار الفكر العربي ، القاهرة ١٤٢٢ هـ - ٢٠٠١م ، ص ١٠

وتعريف الصحة في اللغة العربية [٢]: البريء من كل عيب أو ريب، فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض، وتعريف الصحة في البدن: هي حالة طبيعية تجرى أفعاله معها على المجرى الطبيعي، وعرف الطبيب الفقيه ابن رشد[٣]. قبل ثمانمائة عام أي في القرن الثاني عشر الميلادي أن الصحة هي حالة في العضو بها يفعل الفعل الذي له بالطبع، أو ينفعل الانفعال الذي له.

وعرف ابن النفيس[١] قبل سبعمائة عام أي في القرن الثالث عشر الميلادي[٢]: الصحة هيئة بدنية تكون الأفعال به لذاتها سليمة، والمرض هيئة مضادة لذلك .

وقال على بن العباس قبل ألف عام أي في القرن العاشر الميلادي: أن الصحة حالة البدن تتم بها الأفعال التي تجرى في المجرى الطبيعي .

---

(٢) د. إبراهيم مدكور ، المعجم المدرسي الوجيز ، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية ، القاهرة ، ١٩٩١م، ص ٣٦٠

(١) ابن رشد : هو الفيلسوف الإسلامي أبو الوليد محمد احمد بن محمد بن رشد ، ولد بقرطبة سنه ١١٢٦م، ودرس الفلسفة والقانون والطب ، وشرح آثار ارسطو وتغلغلت أفكاره الحرة في عقول الأوربيين إلى القرن السابع عشر واهم مؤلفاته (الكليات) ، ومما جاء فيه أن الجدري لا يصيب المريض مرتين ، كما وصف عمل شبكة العين . ولعل أهم آرائه الطبية إعلانه أن من اشتغل بعلم التشريح ازداد إيمانا بالله .

(٢) ابن النفيس: هو علاء الدين بن أبى الحزم القرش الملقب بان النفيس(٦٠٧ –٦٨٧هـ = ١٢٠٧– ١٢٨٨م)، دمشقي المولد، قاهري الإقامة والنبوغ، ويعد اكتشافه الدورة الدموية الرئوية ، أعظم اكتشاف تشريحي، قام به العرب في عهدهم الأول ، ومن أهم أعماله كتابة (شرح تشريح القانون لابن سينا).

(٣) ابن النفيس ، الوجيز فى الطب ، تحقيق عبد الكريم الغرباوى ، مراجعة ، د. احمد عمار ، ط٣ ، المجلس الأعلى للشئون الإسلامية ، القاهرة ، ١٤٢٢هـ – ٢٠٠١م ، ص ٣٨ .

فالصحة عند العرب هي الأساس والمنطلق، والمرض هو الهيئة المضادة للصحة وقد اهتم الاقتصاديون الأوائل في القرن التاسع عشر بالصحة :- فقد أفرد الفريد مارشال (Marshall Alfred) ١٨٩٠م في مؤلفه " مبادئ الاقتصاد " في الفصل الخامس من الكتاب الرابع لدراسة أثر الصحة على قوة السكان والثروة الاقتصادية تحت عنوان "The Health and strength of the population" وعرف الصحة بأنها القوة الجسدية (Physical) والقوة العقلية (Mential) والقوة المعنوية أو النفسية (Moral) للفرد [١].

وقد أكد الفريد مارشال هذه الحقيقة بقوله" أن الصحة والقوة البدنية والعقلية والمعنوية هي أساس الثروة الصناعية، كما أن العكس صحيح ". لأن الأهمية الحقيقية للثروة المادية، تكمن في حقيقة أنها عندما تستخدم بحكمة، تؤدي إلى زيادة الصحة والقوة البدنية والعقلية والمعنوية للجنس البشري، وقد أثبتت الخبرة التاريخية للأمم صحة هذا القول .

وفى القرن العشرين تضمن مفهوم الصحة كثيرا من المتغيرات الصحية المرتبطة بالفرد، والتي يأتي في مقدمتها، التغذية، والنظافة، والنوم، والراحة وممارسة الأنشطة الرياضية ومن هذا المنطلق عرف ونسلر (Welnslar) عام ١٩٢٠م الصحة العامة بأنها العلم والفن الذي يهتم بالفرد أو المجتمع من خلال ثلاثة أهداف رئيسية هي :- مكافحة الأمراض، تحسين الصحة والقدرة، إطالة العمر الزمني[٢] .

---

(١) Alfred Marchall, Principles of Econamiecs (london: the Macmillan Press etd- Eighth ed – eaw- priceed: ١٩٧٧) PP. ١٦١-١٦٩ .

(٢) د. كمال عبد الحميد إسماعيل، ابو العلا أحمد عبد الفتاح ، الثقافة الصحية للرياضيين ، مرجع سابق، ص ١٢

وفى تعريف آخر للصحة: هي خلو الجسم من الأمراض، أو أنهـا هي سلامة أجهزة الجسم، والمرض هو الخلل في هـذه الأجهـزة، أى أن الصحة هي حالة من الكمال البدني والعقلي والاجتماعي(٣) .

ونظر إليها البعض: بأنها حالة مـن الرفاهيـة البدنيـة والذهنيـة والاقتصادية والاجتماعية وليست مجرد غياب المـرض أو العجـز، أي أن إشباع جميع حاجات الإنسان يؤدى إلى الصحة الجيدة(١) .

أما منظمة الصحة العالمية: ترى أنها حالة كاملـة مـن السـلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية، لا مجرد الخلو من المرض، أو العجـز،أو الضعف(٢) .

ويرى آخرون: أن الصحة حالة التوازن النسبي لوظائف الجسـم، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامـل الضـارة التـي يتعرض لها، وإن تكيف الجسم عملية إيجابية تقـوم بهـا قـوى الجسـم للمحافظة على توازنه(٣) .

---

(٣) موقع شبكة الإنترنت ، د. إبراهيم جميل بدران

File : \\c : \ windows \ desk top \ بدران

(١) د. على محمد المكاوي ، البيئة والصحة ، دراسة في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعيـة ، الإسكندرية ١٩٩٥م ، ص ٧٠ .

(٢) د. نادية عمر ، العلاقات بين الأطباء والمرضى ، دراسة في علم الاجتمـاع الطبـي ، دار المعرفـة الجامعية – الإسكندرية ١٩٩٣م ، ص ٣٠٥ .

(٣) د. عبد المحيى محمود حسن صالح ، الصحة العامة وصحة المجتمع ، (الأبعاد الاجتماعية والثقافيـة) ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ٢٠٠١م ، ص ١٧ .

ويرى الكسيس كاريل: أنه يوجد نوعان من الصحة: صحة طبيعية، وصحة صناعية، ولقد أمد الطب العلمي الإنسان بالصحة الصناعية، والوقائية من معظم الأمراض المعدية. وهى هدية رائعة، ولكن الإنسان غير قانع بالصحة التي لا يوجد فيها المرض، وتعتمد على أغذية خاصة أو كيماويات ومستحضرات الاندوكرين والفيتامينات، والفحص الطبي الموسمي، وعناية المستشفيات والأطباء والممرضات، باهظة التكاليف، ... إنه بحاجة إلى الصحة الطبيعية التي تستمد من مقاومة الأمراض المعدية، وأمراض الانحلال، وتوازن جهازه العصبي .... يجب أن ينشأ بحيث يعيش دون أن يفكر في صحته، ولسوف يحقق الطب أعظم انتصاراته، حينما يكتشف وسيلة تجعل الجسم والعقل محصنين طبيعياً ضد الأمراض، والتعب والخوف، ويجب أن نحاول عند إعادة صنع الإنسان، إعطاءه الحرية والسعادة اللتين يتولدان من السلامة الكاملة للنشاط العضوي والعقلي(١) .

أي يتوقع الكسيس كاريل مستقبل يعيش فيه الإنسان، بصحة طبيعية بعيداً عن الأمراض، وبسلامة كاملة في نشاطه العضوي والعقلي، دون أن يفكر في صحته .

وعرفها البعض: بأنها صورة من صور الحياة الاجتماعية للمجتمع، تؤثر فيها ويتأثر بها، ولذلك نجد أن المستوى الصحي للمجتمع يتناسب مع مستواه الاجتماعي والاقتصادي(٢) .

---

(١) الكسيس كاريل ، الإنسان ذلك المجهول ، تعريب : شفيق سعد فريد ، مكتبة المعارف ، بيروت ، ١٩٨، ص ١٠٠ .

(٢) د. نادية عمر ، العلاقة بين الأطباء والمرضى ، مرجع سابق ، ص ٣٠٧ .

ويرى آخرون: بأنها حق من الحقوق الأساسية لكل فرد في المجتمع، مما يتطلب وضع نظم رعاية صحية متكاملة، وحالة الصحة تكتمل بقدر سلامة البيئة المحيطة بالإنسان(٣) .

وتتعلق الصحة والمرض بالغنى والفقر، وليس حتماً أن يكون الفقير أكثر تعرضاً للمرض من الغنى، فالفقر قد يسبب المرض، بما يفرضه على الفقير من سوء التغذية أو سوء المسكن ويعد الكوليرا مرض الفقراء، ولكن الغنى أيضا قد يكون سببا للمرض بما يهيئ لصاحبه من إسراف في المأكل والمشرب واللهو(٤) .

ويرتبط الموت بالغنى والفقر، فقد أجرى مسح في الولايات المتحدة الأمريكية تبين منه أن معدل الوفيات بين طوائف العمال غير المهرة يزيد عن معدلة بين العمال المهرة، ففي العائلات التي دخلها ٥٠٠ دولار كان معدل الوفيات ١٨٦ حالة لكل ١٠٠٠ مولود، وفى العائلات التي دخلها ٣٠٠٠ دولار فأكثر كان معدل الوفيات فيها ٣٠ حالة لكل ١٠٠٠ مولود(١)

وعلى ذلك نلاحظ أنه توجد العديد من الاهتمامات بتعريف الصحة بغية الوصول إلى تحقيق هذا التعريف على أرض واقع الإنسان، وخلق الإنسان المكتمل في صحته، لأنه هو الذي يقع عليه مسئولية التنمية الاقتصادية والبشرية، وتطوير الحياة ورقيها فضلا عن أن الصحة قيمة في حد ذاتها وهى أساس خير الإنسان وهنائه .

---

(٣) تقرير المجالس القومية المتخصصة للخدمات والتنمية الاجتماعية ، الدورة التاسعة ، القاهرة ، ١٩٨٩ ، ص ٥٧

(٤) د. حسين عبد المجيد رشوان ، المتغيرات الاجتماعية فى الطب والأمراض ، المكتب الجامعى ، الإسكندرية ، ١٩٩٩ ، ص ٨٢

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٨٣

مفهوم اقتصاديات الصحة:

ويمكن تعريف اقتصاديات الصحة " بأنها أحد فروع علم الاقتصاد الذي يهتم بتطبيق قواعد النظرية الاقتصادية بمستوييها الـ Micro والـ Macro في التحليل الاقتصادي للمشكلات والبرامج الصحية المختلفة، وإن كانت اقتصاديات الصحة ترتبط بعوامل اجتماعية وبيئية وسياسية، مما يبرر تطبيق قواعد الاقتصاد العام والاقتصاد الاجتماعي على اقتصاديات الصحة، ومن هذا المنطلق فقد ظهرت اتجاهات تعارض تطبيق قواعد النظرية الاقتصادية على إنتاج الخدمات الصحية، أو على إنتاج البرامج الصحية البديلة، مبررين ذلك بأن القضاء على المرض وتحسين المستوى الصحي للسكان يعد من الحاجات الجديرة بالإشباع Merit Goods ويجب ألا تخضع قواعد إشباعها وإنتاجها لقواعد تحليل الربحية التجارية الفردية[1].

ولكن هذا لا ينفي ما يمكن أن تقدمه تطبيقات قواعد النظرية الاقتصادية في مجال اقتصاديات الصحة، من إمكانية للمقارنة بين البرامج البديلة لتحسين المستوى الصحي للسكان للوصول إلى اختيار البرنامج أو البرامج التي تحقق هذا الهدف بأقل تكلفة اجتماعية ممكنة، ومن ثم تحديد أولويات تخصيص الموارد الاقتصادية بين استخداماتها البديلة داخل الاقتصاد القومي ككل وبين الاستخدامات البديلة للموارد داخل القطاع الصحي، بما يحقق الكفاءة الاقتصادية لاستخدام الموارد على المستوى القومي وعلى مستوى القطاع الصحي .[2]

---

(١) د. طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الصحة والتنمية ، (مرجع سابق) ، ص٣

(٢) نفس المرجع السابق ، ص ٣

وهناك من ينظر إلى اقتصاديات الصحة على أنها تحقق العملية الاستثمارية التي تقوم على استثمار بناء الإنسان وملاحظة المتغيرات التي تطرأ على نوعية الناس في النمو الاقتصادي، وهناك ثلاث وجهات نظر في ذلك[٣].

الأولى: ترى هذا الاستثمار في تكاليف تربية الطفل وتنمية القوى المنتجة.

والثانية: ترى هذا الاستثمار في إسهام برامج الصحة في المخرجات الاقتصادية الثانوية والنمو الاقتصادي.

الثالثة: ترى هذا الاستثمار في القيمة الحالية للعمل المستقبلي للبرامج الصحية التي تطبق في المجتمعات.

وعلى ذلك تهتم اقتصاديات الصحة بالجهود المستمرة في تنمية القدرات الإدارية للعاملين في المجال الصحي بما يحقق حسن استخدام الموارد الصحية [١] وزيادة فعالية خدماتها الصحية.

وهناك من يرى أن اقتصاديات الصحة تعني العدالة في التوزيع، وعدم حرمان أي شخص من العلاج لأسباب اقتصادية أو اجتماعية أو غيرها، مع مراعاة التكافل الاجتماعي وتشجيع مؤسسات التأمين الصحي بدورها بين فئات المجتمع[٢].

---

(٣) د. عاطف محمد شحاته ، مقدمة في تاريخ علم الاجتماع الطبي ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة،١٩٩٥، ص٨٠

(١) الموارد الصحية : تتكون من :المراكز الصحية ، المستشفيات ، الأسرة ، معدل الأطباء، معدل الأسرة/ ١٠٠٠٠ نسمة .

(٢) موقع شبكة الإنترنت ، (السياسات الصحية لربع قرن) .

http://www:suomalia.arg/s-web/health٢٠٪stratgic٢s-٩-.htm

وترتبط اقتصاديات الصحة بالتنمية من خلال مفاهيم الحلقات المفرغة Vicious circles المفسرة للتخلف في الدول النامية، إذ أن كسر هذه الحلقات يؤدي إلى تحقيق التنمية، فإذا كان انخفاض المستوى الصحي للسكان يُفرغ إلى انخفاض الإنتاجية على المستوى الفردي، وانخفاض الإنتاج على المستوى الكلي فإن ذلك يُفرع إلى انخفاض الدخل الفردي للسكان، ويفضي ذلك بالتالي إلى انخفاض المستوى الصحي مما يغذي حلقة جديدة ...وهكذا، بل أن انخفاض مستوى الدخل الفردي في الحلقة الأولى لانخفاض المستوى الصحي سيؤدي إلى نقص الادخار، ومن ثم نقص الاستثمار، ثم انخفاض الناتج القومي الإجمالي، ويفضي ذلك إلى انخفاض الدخل الفردي مرة ثانية مما يغذي حلقة جديدة ...وهكذا. في حين يترتب على كسر تلك الحلقة المفرغة في اقتصاديات الصحة في الدول النامية – بتبني برامج تؤدي إلى تحسين المستوى الصحي للسكان – زيادة الإنتاجية على المستوى الفردي وزيادة الإنتاج على المستوى الكلي، مما سيؤدي إلى زيادة متوسط نصيب الدخل الفردي للسكان، وسيترتب على ذلك زيادة المستوى الصحي والتعليمي، ومن ثم زيادة الإنتاجية مما يغذي حلقة جديدة... وهكذا، بل أن زيادة متوسط الدخل الفردي في الحلقة الأولى لتحسين المستوى الصحي للسكان سيؤدي إلى زيادة الادخار، ومن ثم زيادة الاستثمار ثم زيادة الناتج القومي، ويفضي ذلك إلى زيادة الدخل الفردي مرة ثانية مما يغذي حلقة جديدة. وهكذا [٣] .

---

(١) د طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الصحة والتنمية مرجع سابق ، ص٤ .

ومما يعزز اقتصاديات الصحة المعرفة، تلك المعرفة التي يستضاء بها في كل عملية اقتصادية، فهي تبين الاقتصاديات، وتوضح المبادلات، وتنقل المعلومات إلى الأسواق، والافتقار إلى المعرفة هو الذي يتسبب في انهيار الأسواق أو عدم قيامها أصلاً، وأن التنمية في منظور المعرفة يعزز من أهمية نظام التجارة المفتوح، والتعليم الأساسي الشامل، وتحسين الأحوال الصحية، كما يركز الاهتمام على الاحتياجات إلى التدريب العلمي والتقني، والبحث العلمي والتطوير لتسهل تدفق المعلومات إلى الأسواق، كما أن تبني سياسات تزيد من كلا نوعي المعرفة: وهما الدراية الفنية، والمعرفة المتعلقة بالجودة، من شأنه أن يحسن حياة الشعوب من جوانب متعددة، بالإضافة إلى تحقيق دخل عال، فزيادة المعرفة بشئون التغذية، قد يعني صحة أفضل، حتى لمن ليس لديهم غير القليل للإنفاق على الطعام، والمعرفة بشأن كيفية الحيلولة دون انتقال مرض الإيدز، شأنها أن تنقذ الملايين من الأمراض الموهنة للصحة من الموت، وحوادث المرور مثلاً معروفة للجميع، ولكن الفرد الذي تعرض أو شاهد حادث مرور يكون أكثر حذراً في الطريق من غيره، كما أن الإنتاج الفعلي للصناعة الدوائية هو المعرفة، فحبة الدواء والوصفة الطبية لا تعدو أن تكون أكثر من مجموعة معرفية، كما أن برامج الإنماء الصغيرة جداً من شأنها أن تتيح للفقراء فرصة الاستثمار في مستقبل أفضل لهم ولأولادهم[١] .

---

(١) موقع شبكة الإنترنت ، القيمة الاقتصادية للمعرفة .

http://www.swlul.met.sa/١٩٩٩jaz/iul/٢٣/٩r/htm

لذلك فان المعرفة تهيئ للناس أن يسيطروا على مقاديرهم، وأمورهم سيطرة أفضل، وللمعرفة تأثير على الصحة، مما يساعد في تحديد رفاهية الإنسان من خلال تأثيراته على الإنتاجية الاقتصادية، واستخدام التقنيات الجديدة، لتعزيز قدرة الناس خاصة في البلدان الأكثر فقراً، مما جعل الاستثمار في المعرفة والمهارة أمراً أجدر بالاهتمام(٢) .

١-٢ مفهوم الصحة في الاقتصاد الإسلامي :

إن الرعاية الصحية ظاهرة في الدين الإسلامي، وهذا لا يعنى أن القرآن كتاب طب. ولكنه أشار إشارات صريحة إلى ما يهم الناس من هذا العلم وترك لهم مجال البحث فيما عدا ذلك. فقد أشار إلى أصول الطب الثلاثة، ومجامع قواعده: "أن قواعد طب الإنسان ثلاثة: حفظ الصحة، والحمية عن المؤذى، واستفراغ المواد الفاسدة(١) فقال في آية الصوم ﴿...وَمَن كَانَ مَرِيضًا أَوْ عَلَىٰ سَفَرٍ فَعِدَّةٌ مِّنْ أَيَّامٍ أُخَرَ ...﴾ [سورة البقرة:١٨٥] فأباح الفطر للمريض لعذر المرض، وللمسافر طلبا لحفظ صحته وقوته عما يضعفها من مشاقة السفر .

وقال في آية الوضوء: ﴿...وَإِن كُنتُم مَّرْضَىٰٓ أَوْ عَلَىٰ سَفَرٍ أَوْ جَآءَ أَحَدٌ مِّنكُم مِّنَ ٱلْغَآئِطِ أَوْ لَـٰمَسْتُمُ ٱلنِّسَآءَ فَلَمْ تَجِدُواْ مَآءً فَتَيَمَّمُواْ صَعِيدًا طَيِّبًا ...﴾ [سورة المائدة:٦] فأباح للمريض العدول عن الماء إلى التراب، حمية أن يصيب جسده ما يؤذيه وهذا تنبيه على الحمية عن كل مؤذ له داخل أو خارج(١) .

---

(٢) بيترداكا ، مجتمع ما بعد الرأسمالية ، ترجمة : صلاح بن معاذ معيون ، معهد الإدارة العامة ، الرياض ١٤٢٢هـ ، ٢٠٠١م ص ١٧ .

٣) حنيفة الخطيب ، الطب عند العرب ، الأهلية للنشر والتوزيع ، بيروت ، ١٩٨٨ ، ص ١٥ .

(١) ابن قيم الجوزية ، الطب النبوى، دار الكتب العلمية ، بيروت ، ١٩٠٣ – ١٩٨٣ ، ص ٦ .

وأما عن استفراغ المواد الفاسدة فقال في آية الحج ﴿... فَمَن كَانَ مِنكُم مَّرِيضًا أَوْ بِهِۦٓ أَذًى مِّن رَّأْسِهِۦ فَفِدْيَةٌ مِّن صِيَامٍ أَوْ صَدَقَةٍ أَوْ نُسُكٍ ...﴾ [سورة البقرة:١٩٦] . فأباح للمريض ومن به أذى من رأسه، أن يحلق رأسه في الإحرام استفراغاً للمادة التي أوجبت له الأذى، ويقاس على هذا الاستفراغ كل استفراغ يؤذى انحباسه(٢) .

وقد تجمعت تعاليم حفظ الصحة ورعايتها في مجموعة من الأحاديث النبوية الشريفة التي أمرت بالمحافظة على الجسم والعقل، ولما أراد الله لعمر بن الخطاب الخير فدخل في الإسلام واعتز الإسلام بإسلامه، ولذلك لقب بالفاروق، لأنه بإسلامه رضي الله عنه ، فرق بين الحق والباطل " لقوته وصلابته"(٣) .

وحرم الإسلام كل ما هو ضار للبدن ومجلب الأمراض كالخمر وأكل الميتة، ولحم الخنزير، ولحم الكلب، ولحوم الحيوانات المفترسة، وممارسة الزنا، واللواط، والعادة السرية، والمساحقة (٤) .... الخ .

ونهى عن كل ما يضر الناس في صحتهم من تلويث الطريق، ومصادر المياه، حتى لا تنتشر الأمراض وتتفشى الأوبئة في المجتمع الإسلامي قال ﷺ: اتقوا الملاعن الثلاث: التبول في الماء، وقارعة الطريق، والظل"(٥) .

---

(٢) ابن قيم الجوزية ، الطب النبوى ،مرجع سابق ، ص ٢- ٣ ٤٨ ، ١٠٢ .

(٣) منبر الإسلام ،مطابع الأزهر ، القاهرة ، فبراير ٢٠٠٢ ، ص ٥٨ .

(٤) موقع شبكة الإنترنت (العناية الجسمية فى الإسلام)

http:// www.balagh.com/deen/uhI٢ifji.htm

(٥) أخرجه مسلم فى صحيحة ، ج١ ، ص ٢٢٧- ح ٢٦٩ .

وأمر الإسلام بطهارة الثوب قال تعالى ﴿وَثِيَابَكَ فَطَهِّرْ﴾ [سورة المدَّثر:٤]، والمحافظة على غطاء الطعام والشراب، ورغب في رياضة الأبدان، وشجع الإسلام على تربية الأولاد في الصغر قال ﷺ مروا أولادكم بالصلاة لسبع وأضربوهم عليها لعشر وفرقوا بينهم في المضاجع"(١)

وأمر الإسلام بالعناية بصحة الفم فيما روى عن الرسول ﷺ "السواك مطهرة للفم مرضاة لرب "(٢).

وللمحافظة على سلامة صحة الإنسان قال رسول الله ﷺ " صوموا تصحوا "(٣)، وقال أيضا " المعدة حوض البدن والعروق إليها واردة، فإذا صحت المعدة صدرت العروق بالصحة، وإذا فسدت المعدة صدرت العروق بالسقم "(٤)، وقال ﷺ بحسب ابن أدم لقيمات يقمن صلبه فإن كان لا محالة – فاعلاً – فثلث لطعامه وثلث لشرابه وثلث لنفسه "(٥)، ويقول ﷺ " نحن قوم لا نأكل حتى نجوع وإذا أكلنا لا نشبع"(٦). هذه الأحاديث تدل على حفظ الصحة وتشرح الآية الكريمة " وكلوا واشربوا ولا تسرفوا "(٥)، وقال ﷺ: "من بات أمنا في سربه، معافاً في بدنه، عنده قوت يومه فكأنما حيزت له

(١) أخرجه الدارقطنى فى سننه ج١، ص٢٣٠ ، ح ٢ .

(٢) أخرجه الدرامى فى سننه ، ج١ ، ص ١٨٤ ، ح ٨٣١٢ .

(٣) أخرجه الطبرانى في معجمه الأوسط ، ج٨ ، ص١٧٤ ، ح٨٣١٢ .

(٤) أخرجه الطبرانى في معجمه الأوسط ، ج٤ ، ص٣٢٩ ، ح٤٣٤٣ .

(٥) أخرجه ابن حبان في صحيحة ، ج٢ ، ص ٤٥٠ ، ح٦٧٤ .

(٦) عندما أهدى المقوقس (ملك مصر) إلى النبي صلى الله عليه وسلم : ماريه القبطية وبغله وطبيب ، فرد النبي صلى الله عليه وسلم الطبيب وقالها .

الدنيا بحذافيرها "[٧] متفق عليه. ففي هذا الحديث الشريف يحدد الرسول ﷺ مقومات الحياة البشرية الصحية الطيبة في ثلاثة هي :- الحياة الآمنة وهى أمنا في سربه، والقوة البدنية معافاً في بدنه، والأمن الغذائي عنده قوت يومه[١] .

مما سبق نستنتج أن الإسلام حثنا على العناية بصحة الجسم والعقل والنفس، ونظافة الملبس والمكان، والوقاية من الأمراض، استجابة لطاعة الله سبحانه فيما أحل وفيما حرم. فأي سلوك صحي أرقى من هذا الذي يطلبه رسول الله ﷺ منذ أكثر من أربعة عشر قرناً .

وقد اهتم العرب بالصحة، وحرصوا على وضع القواعد التي تكفل العافية، وتحول دون الوقوع في المرض[٢]. ومعرفة الوسط الذي يعيش فيه الإنسان كما يبدو في الهواء الذي يستنشقه، والغذاء الذي يطعمه، والماء الذي يشربه، والمسكن الذي يقيم فيه، والعمل الذي يقتات منه، بل كان بين أطباء العرب من أضافوا ضرورة الاهتمام بالحالات النفسية التي تتمثل في الخوف، والغضب والحزن، والفزع، واليأس، والأمل و.وغيرها من انفعالات لها تأثيرها البالغ في صحة الإنسان ومرضه .

---

(٧) أخرجه البخاري في الأدب المقرر ، ج١ ، ص ١١٣ ، ح ٣٠٠ .

(١) مجلة الاقتصاد الإسلامي ، الإمارات ، العدد ١٠٥ ، شعبان ١٤١٠هـ - ١٩٩٠م ، ص ٣٤- ٣٥ .

(٢) د. توفيق الطويل، فى تراثنا العربى الإسلامى ، عالم المعرفة ، الكويت، ١٤٠٥ - ١٩٨٥ ، ص ٩٨ .

وكثرت مؤلفات العرب في المحافظة على الصحة، واتقاء الأمراض. فكتب الرازي [٣] كتابه (منافع الأغذية ومضارها)، وخصص تلميذه (علـى بن عباس) [٤] في كتابه (الكامل في الصناعة الطبية) واحد وثلاثين فصلاً في علم الصحة، تحدث فيها عـن حفـظ الصـحة وتـدابيرها بالرياضـة والاستحمام والغذاء والشراب، ولم يفوته أن يتحدث عن الأمراض النفسية وغيرها. عما يدخل في علم الصحة[١]

وزاد ابن سينا [٢] فعرض في كتابه (القانون في الطب) الحـديث عن اختيار المرضعة، والوقاية من حرارة الشمس، وعوامل البيئة والطقس من تربة وغذاء وشراب وغير ذلك[٣] .

وفى مقدمة ابن خلدون نجد الحديث عن أهمية الهـواء، والغـذاء، ومكانهما من حياة البدو، وسكان الحضر، فقال إن مرد الأمراض في أغلب

---

(٣) أبو بكر بن زكريا الرازى : (٨٦٥ –٩٢٥) ، مسلم فارس ولد فى الرى، قرب طهـران وهـو مـن اعظم الأطباء المسلمين فى كل الأزمان وأكثرهم إنتاجاً وابتكـاراً درس فـى بغـداد ، وهـو طبيـب وكيميائى وفيلسوف مسلم ، ظل حجة فى الطب حتى القرن السابع عشر ، اعظم كتبة (الحـاوى) وهو اكبر موسوعة طبية عربية .

(٤) على بن عباس : ولد بالأهواز بفارس ، وهو طبيب فارسى الأصل بلغ شهرة عظيمة ، وأهم مؤلفاتـه كتاب (الملكي)، الذى وضعة للخليفة عضد الدولة ، وهو مجموعـة شـاملة فـى الطـب النظـرى والعملي، يقع في عشرين جزءاً ترجم إلى اللاتينية مرتين، فى عام ١٤٩٢م في فينسيا و١٥٢٣ فـي ليون .

(١) د. توفيق الطويل ، فى تراثنا العربى الإسلامى ، مرجع السابق ، ص ٩٩ .

(٢)ابن سينا : أبو على الحسينى بن عبد الله بن سينا ، ولد عام ٩٨٠م – ٣٧٠هـ ، قرب بخارى ، هـو أمام العلوم الذى لقب بعدة ألقاب واوصاف منها الشيخ الرئيس وهو فيلسوف وطبيب مسـلم ، كـان حجة فى الطب والرياضة والفلسفة ، وظل ابن سينا اعظم عالم فى الطب إلى القرن السـابع عشـر ، وكان لمؤلفاته اعظم التأثير فى أوربا وكانت أهم ما يدرس فى جامعاتها لعـدة قرون،واشـهر كتبـة (القانون فى الطب) عاش حياه – حافلة ومات وعمرة ٥٧ سنة .

(٣) ابن سينا ، القانون فى الطب ، مطبعة بولاق ، القاهرة ، ١٢٩٤هـ ، ص ٣١٠ .

الحالات إلى التغذية وهى التي تصيب أهل الحضر والأمصار أكثر مما تصيب أهل البدو، وذلك لخصب عيشهم، وكثرة مأكلهم، وتنوع أصنافها، أما أهل البدو فيغلب عليهم الجوع، وطعامهم يكاد يخلو من الدسم، وهـواءهم نقى ويكثروا من الحركة مما يساعد في تحسن أحوالهم الصحية .(٤)

لقد سبق الإسلام غيرة في التأكيد على أهمية إنتاج الصحة والعناصر التي تدخل في إنتاجها. فحث الإسلام على التغذية الحسنة، وأكل الطيبـات من الرزق، وأحل الطيبات وحرم الخبائث، وأمر بنظافة البيئة، والوقاية من الأمراض، والمسكن النظيف، وحث على التعليم من المهد إلى اللحد، وأمـر بالعمل وطلب الرزق: ﴿...فَٱمۡشُواْ فِي مَنَاكِبِهَا وَكُلُواْ مِن رِّزۡقِهِۦۖ ...﴾ [سورة الملك:١٥] وحثنا على السعي وأمرنا أن نتخذ من الليل لباساً للنوم والراحة، والنهـار معاشاً سعيا وراء الرزق، وقال ﷺ: "وخيركم من أكل من عمل يديـه، وأن نبي الله داود كان يأكل من عمل يديه " وأمر باجتناب العـادات السـيئة، وحرم كل ما يجلب التعب والمشقة للنفس فأعطى كل ذي حق حقه.

أضف إلى ذلك، أن الإسلام هو الـدين الإلهـي، وتعاليمـه معلقـة بالسماء، والعمل الصالح يرفعه، ومعلق بالآخرة، بالثواب والعقاب مـن الله y ، فكان العمل فيه نية وجهاد حتى ينال ثواب الله العظيم، ويحفظ عليـه صحته، فلا يبددها، ولا يضيعها، ولا يفرط فيها، وتكون له عونـاً علـى أمور الدنيا والآخرة لأنه يسأل عنها يـوم القيامـة، ﴿ ثُمَّ لَتُسۡـَٔلُنَّ يَوۡمَئِذٍ عَنِ ٱلنَّعِيمِ ﴿٨﴾﴾ [سورة التكاثر:٨] ، وقالوا أن النعيم هو الصحة، وكان الثواب على الصحة، إذا حافظ عليها واستخدمها استخداماً صحيحاً كانت هناؤه في الدنيا والآخرة .

---

(٤) مقدمة ابن خلدون ، د٧ ، دار القلم ، بيروت ، ١٤٠٩هـ - ١٩٨٩م ، ص ٢٩٢ – ٢٩٣ .

وقد فطن إلى هذا المعنى مؤلفوا العرب في عصورهم الوسطى(١) فكان الطب عندهم وقائياً يستهدف حفظ الصحة، وعلاجياً بقصد شفاء المرض، والوقائي أجل من العلاجي وأكثر نفعاً، لأن الصحة في الأصحاء موجودة، وفي المريض معدومة، والمحافظة على الموجود أجل من طلب المفقود .

وقد وضع الإسلام مؤشرات صحية قد تكلف الإنسان الكثير إذا لم يحافظ عليها: الميزان الصحي: نجد أن الله ﷻ يتحدث عن هذا الميزان الذي وضعه في طبيعة هذا الكون بمختلف منظوماته ومنها الإنسان قال تعالى: ﴿وَٱلسَّمَآءَ رَفَعَهَا وَوَضَعَ ٱلۡمِيزَانَ ﴿٧﴾ أَلَّا تَطۡغَوۡاْ فِي ٱلۡمِيزَانِ ﴿٨﴾ وَأَقِيمُواْ ٱلۡوَزۡنَ بِٱلۡقِسۡطِ وَلَا تُخۡسِرُواْ ٱلۡمِيزَانَ ﴿٩﴾﴾ [سورة الرحمن:٩] فلفت سبحانه النظر إلى هذا التوازن الذي ينظم كل شيء، وفيه أن أي انحراف أيا كان اتجاهه، طغياناً كان أم إخساراً، يمكن أن يخل بهذا الميزان ويفضي إلى أسوأ العواقب، قال تعالى: ﴿... يَٰٓأَيُّهَا ٱلنَّاسُ إِنَّمَا بَغۡيُكُمۡ عَلَىٰٓ أَنفُسِكُمۖ ...﴾ [سورة يونس:٢٣]

الرصيد الصحي: وهذا ينطلق في الأساس من قول النبي ﷺ فيما رواه البخاري عن أبن حجر " وخذ من صحتك لمرضك " (٥) هذا الحديث عن رصيد صحي يحافظ عليه المرء وينميه: ليستعين به على محاربة المرض، فالمرض كما تقدم إخلال بالميزان الصحي، ومجابهته تكون بالمحافظة على الميزان الصحي. ومنع اختلاله واستعادة التوازن الصحي كلما اختل، ولن يأتي ذلك ما لم يكن لدى الإنسان مثل هذا الرصيد الصحي الذي يستعين به ويتسلح به .

---

(١) د. توفيق الطويل ، في تراثنا العربي الإسلامي ، مرجع سابق ، ص ٩٧ .

(١) أخرجه البخارى فى صحيحة ، ج ٥ ، ص ٢٣٥٨ ، ح ٦٠٥٣ .

أما من وجهة نظر الإسلام، فيما يتعلق بالمعرفة الصحية أو باقتصاديات الصحة فإن نقص العلم والمعرفة يعتبر حجر عثرة في سبيل: التفكير السليم، وتحديث الاقتصاد، وتقوية المجتمعات، والقدرة على تحقيق المنافع، قال سبحانه وتعالى: ﴿...هَلْ يَسْتَوِى ٱلَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَٱلَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ ...﴾ [سورة الزُّمَر:٩].

فأوجب الإسلام على معتنقيه[١] كباراً أو صغاراً، ذكوراً أو إناثاً، أفراداً أو مجتمعات، التعليم والتعلم وكرم العلم والمشتغلين به، وكان العرب من أشد شعوب الأرض طلباً للمعرفة ورغبة في الإفادة منها في حياتهم، وكان في مقدمة العلوم العملية التي ظفرت بنصيب ملحوظ من اهتمامهم الطب ثم الفلك وسائر فروع المعرفة التي تقدم على خدمتها .

واستنتاجاً من تعاريف سابقة للصحة: بأنها القوة الجسدية، والقوة العقلية، والقوة المعنوية، والقوة النفسية، وخلو الجسم من الأمراض، وسلامة أجهزة الجسم، ورفاهية البدن الذهنية والاقتصادية والاجتماعية، وليس مجرد غياب المرض أو العجز، وهى من حاجات الإنسان الأساسية، وضرورة إنسانية، وليست ترفاً أو أمر كماليا، وحالة كاملة من السلامة الجسمية والنفسية، وأن الصحة نوعان: صحة طبيعية، وصحة صناعية، ويتوقع في المستقبل أن يعيش الإنسان بصحة طبيعية بعيداً عن الأمراض وبسلامة كاملة في نشاطه العضوي والعقلي دون أن يفكر في صحته، وأنها

---

(٢) د. محمد عبد المنعم عفر ، التنمية الاقتصادية وتقويم المشروعات في الاقتصاد الإسلامي ، دار الوفاء للطباعة والنشر ، المنصورة ، ١٤١٢هـ - ١٩٩٢م ، ص١٣٠

من صور الحياة الاجتماعية للمجتمع، وحق من الحقوق الأساسية لكل فرد في المجتمع، وتكتمل بقدر سلامة البيئة المحيطة بالإنسان، ونعمة من أجل نعم الله على عباده، وأجزل عطاياه، وأوفر منحة بعد نعمة الإيمان، وهى كما ترى القاعدة الفقهية في الإسلام، أن " صحة الأبدان مقدمة على صحة الأديان "[٣] كما تقدم المصلحة العامة على المصلحة الخاصة، والسلوك الصحي كما وضحه الإسلام والذي طلبه رسول الله ﷺ منذ أكثر من أربعة عشر قرنا (وهو أرقى المنازل في حفظ الصحة والعناية بها)، وكما اهتم العرب بحفظ الصحة، وحرصوا على وضع القواعد التي تكفل العافية أو تحول دون الوقوع في المرض. كمعرفة الوسط الذي يعيش فيه الإنسان، والهواء الذي يستنشقه، والغذاء الذي يطعمه، والماء الذي يشربه والمسكن الذي يقيم فيه، والعمل الذي يقيت منه، وأن الصحة هي البرئ من كل عيب أو ريب، فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض، وحالة البدن التي تتم بها الأفعال التي تجرى في المجرى الطبيعي .

ويرى الباحث: أن الصحة هي العافية البدنية والعقلية والنفسية والمعنوية الكاملة، والمعنى المتجدد الذي يؤثر في مستوى الفرد، ويتأثر بمستوى المحيط الذي يعيش فيه اجتماعيا واقتصادياً وثقافيا، وتصرفاً وسلوكاً سوياً. وذلك مما في معنى حديث رسول الله ﷺ فيما روى عن أبى هريرة رضي الله عنه " ليس الشديد بالصرعة، إنما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب[١] "

---

(١) حذيفة الخطيب ، الطب عند العرب ، مرجع سابق ، ص ٤٠ .

(١) أخرجه مالك ، في الموطأ ، ج٢ ، ص ٩٠٦ ، ح ١٦١٣ .

المبحث الثاني
أهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

١-١ أهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي :

ولقد أعطت معظم الدول النامية أولوية ثانوية لتحسين الأوضاع الصحية، واعتبرت أنه شيء يحسن القيام به إذا أمكن، ولكن ليس على حساب الإنفاق على مجالات الإنتاج المباشر، وقد أخذ اقتصاديوا الصحة بنفس وجهة النظر هذه .[١]

وقد حظيت العلاقة بين الصحة والتنمية الاقتصادية مؤخرا باهتمام أكثر، وقد صرح مدير البنك الدولي أن الأمراض تحد رئيسي للتنمية أن لم يكن أكبر تحد لها على الإطلاق .

ولذلك نجد أن الصحة والتنمية علاقات تبادلية فكل منهما بالنسبة إلى الأخر وسيلة وحصيلة، وذلك أن الهدف من التنمية هو تمكن الإنسان من تحقيق إنسانيته وإشباع حاجاته المتنوعة خلال مختلف مراحل حياته من المهد إلى اللحد .

ولذلك فإن تحقيق التنمية الاقتصادية يؤدى إلى تحسين الأوضاع الصحية، في حين أن الصحة الأفضل تساهم في التنمية الاقتصادية أي (يؤثر أحداهما في الأخر). مما جعل لهذه العلاقة أهمية كبيرة ويرجع ذلك إلى سببين :[٢]

---

(١) مالكوم جيلز ، مايكل رومر ، اقتصاديات التنمية ، تعريب: د. طه عبد الله منصور، د. عبد العظيم مصطفى ، راجعه : محمد إبراهيم منصور ، دار المريخ للنشر ، الرياض ، ١٩ ص ٣٩١ .

(٢) نفس المرجع السابق ، ص ٣٩١

الاهتمام المتزايد باستراتيجيات التنمية ذات الاتجاهات المرتبطة بالعدالة مثل: الحاجات الأساسية التي تلعب فيها الخدمات الصحية الأساسية دورا مهما .

١- أن الإنفاق على الصحة كالإنفاق على التعليم، يعتبر استثماراً في رأس المال البشرى

لذا لابد من الاهتمام بالإنسان، كوسيلة وهدف التركيز على رفع مستواه الصحي لجعله قادرا على العطاء والإنتاج، للمساهمة في خطط التنمية، والاندماج في الحياة العملية، فالمصانع بحاجة إلى عمال أصحاء، وكذلك المزارع، وكل القطاعات الخدمية والإنتاجية، وعلى ذلك نجد :

أن الصحة الجيدة هي هدف هام في حد ذاته، نظرا لما يترتب عليها من تزايد في القدرات البشرية باعتبارها إحدى الحاجات الإنسانية في التنمية.

ويمكن أن يتضح دور الصحة في الاقتصاد الوضعي :

١- أن فهم الدور الاقتصادي للصحة، قد يساعد على فهم مصادر النمو الاقتصادي السريع الذي أمكن تحقيقه في القرن العشرين، استناداً إلى مدى مساهمة الصحة الجيدة في زيادة معدلات النمو، فإن الاستثمار في الصحة أصبح أداة من أدوات السياسة الاقتصادية الكلية [١].

---

(١) موقع شبكة الإنترنت

برنامج الأمم المتحدة للتنمية ، مؤتمر التنمية البشرية فى العالم ١٩٩٩م ، ص ٢١١
http// islamset – com \arabic / aioms / globe / res / saqerI. htmI

٢- يشكل القضاء على الفقر المهمة المركزية لسياسة التنمية في مستهل القرن الحادي والعشرين، حيث لا زالت أعداد غفيرة من سكان العالم تعانى من الفقر، على الرغم من النمو الاقتصادي السريع، ونظراً لأن الصحة السيئة هي أحد الأسباب الرئيسية للفقر، فإن تواصل الاستثمارات التي تستهدف تحسين الأحوال الصحية للفقراء بوسعها أن توفر وسيلة للتخفيف من حدة الفقر[١].

٣- إن الإنفاق على الصحة يؤدى إلى تحسين نوعية الموارد البشرية، شأنه شأن الإنفاق على التعليم، ولكنه بالإضافة إلى ذلك يؤدى إلى زيادة كمية في المستقبل من خلال زيادة العمر المتوقع في العمل، وهذا أيضا يكمل الاستثمار في التعليم، نظرا لأنه مع بناء الأشياء الأخرى على ما هي عليه فإن العائد على التعليم سيتجه للتزايد إذا عمل الناس واكتسبوا لفترات أطول .

٤- وعلى الرغم من هذه العلاقة المتبادلة بين الصحة والتنمية، أن تحقيق التنمية الاقتصادية يؤدى إلى تحسين الأوضاع الصحية، وأن الصحة الأفضل تساهم في التنمية الاقتصادية، فإن المنادين ببرامج القطاع الصحي، عادة ما يحذرون من أن التنمية بمفردها لا يمكن الاعتماد عليها لتخفيف العجز والوفاة، وأن البرامج الخاصة بالتغذية والرعاية الصحية والصحة البيئية مطلوبة أيضاً .

---

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٢١٣

ونستنتج أنه إذا كان الاقتصاديون حديثاً أوجدوا تلك العلاقة التبادلية بين الصحة والاقتصاد، وأصبح التركيز على الرعاية الصحية في سبيل صحة الأفراد والمجتمعات بغية المشاركة الزائدة في الإنتاج والعمل، أي ربط الصحة وما تحققه من ربح في الإنتاج، مما حدا بالصحة أن تكون هدف أساسي في التنمية البشرية، واستثمار في رأس المال البشرى، بغية الحصول على أقصى قدر من المنافع المادية رغبة في الإشباع الدنيوى البحت.

١-٢ أهمية الصحة في الاقتصاد الإسلامي :

أما الاقتصاد الإسلامي فإنه ينظر للإنسان كقيمة جوهرية، وأن الله سبحانه ألزمه أمانة، وكلفة رسالة، فكانت نعمة الصحة أمانة، فلا يجب العبث بها، أو تضيعها أو التفريط فيها، فكانت المحافظة عليها طاعة لله، وقرب منه، ولأن الله جميل يحب الجمال، وأعلى مراتب الجمال في الإنسان صحته.

وأن الصحة كنز من الكنوز العظيمة، وثروة هائلة يمتلكها الإنسان حين يحسن استغلالها ويدرك مكاسبها، ولا يظلم فيها نفسه لذلك قال رسول الله ﷺ: نعمتان مغبون فيها كثير من الناس الصحة والفراغ "[1] ومعنى الحديث أن الصحة نعمة مغبون فيها كثيراً من الناس، فلا يدركون قيمتها، ولا يستخرجون منافعها الكاملة الكامنة، ويظلمون فيها أنفسهم .

(١) أخرجه البخارى فى صحيحة ، ج ٥ ، ص ٢٣٥٧ ، ح ٦٠٤٩

ولا تستثمر الصحة إلا بالقيام بأعباء تكـاليف الرسـالة أولاً مـن عبادات وصلاة، وصيام، وزكاة، وحج، ثم جهاد في سبيل الله، ثم السـعي للرزق وأن الآخرة خير من الأولى. فكان استثمار الصحة هو استثمار فـي رأس المال للحصول على أقصى قدر ممكن من المنافع المادية والأخروية .

ونستنتج أيضاً أن الصحة قيمة في حد ذاتها، وهـى فـي النشـاط الاقتصادي، قيمة اقتصادية، تساهم بنصيب وافر فـي النمـو الاقتصـادي، ومنطلق التنمية الاقتصادية، وتقدم المجتمع ورفاهيتـه، وذلـك باسـتغلال موارده بأقصى طاقة ممكنة .

كما أن للصحة قيمة اقتصادية، فإنها تقلل من الخسائر الناجمة عن مرض العمال، وأنها تسمح باستخدام الموارد الطبيعية التي كان الوصـول إليها متعذراً تماماً أو متعذراً مؤقتاً بسبب المرض، أنها تزيد مـن إلحـاق الأطفال بالمدارس، وتجعلهم أقدر على تحصيل العلم، أنها تحـرر المـوارد للانتفاع بها في استخدامات بديلـة، ولـولا ذلـك لأنفقـت علـى عـلاج الأمراض(١).

وأما المكاسب الاقتصادية، فهى أكبر نسبياً في حالة الفقراء، وهـم بصورة نمطية الأكثر تعرضاً للإعاقة بسبب ضعف الصحة، وهم الذين يتأثر بهم أن يحققوا أكثر مكسب في تنمية الموارد الطبيعية المستخدمة استخداما قاصراً .

---

(١) البنك الدولى ، تقرير عن التنمية فى العالم ، ١٩٩٣ ، مركز الأهـرام للترجمـة والنشـر ، مطـابع الأهرام التجارية بقليوب ، مؤسسة الأهرام ، القاهرة ، ص ٣٣ .

الفصل الثاني

الأهداف الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

المبحث الأول الأهداف الصحية في الاقتصاد الوضعي

يقع البشر في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة[1]، ويحق لهم أن يحيوا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة، ولا يمكن تحقيق النمو الاقتصادي مع تفشى الأمراض المهلكة بدرجة كبيرة، كما يتعذر الحفاظ على صحة السكان دون وجود تنمية مستدامة من الناحية البيئة، والارتقاء بالصحة، والوقاية من الأمراض ومكافحتها .

وكان للاقتصاد الوضعي أهداف صحية يسعى لتحقيقها وأهمها :- (٢)

١- حماية البيئة وتجنب التلوث .
٢- الارتقاء بالصحة .
٣- الوقاية من الأمراض ومكافحتها .
٤- التشخيص المبكر للأمراض والعلاج الناجح .
٥- التأهيل للمعوقين .
٦- المساهمة في توفير الخدمات الصحية الكافية .

١ - حماية البيئة وتجنب التلوث :

---

(١) التنمية المستدامة : هى التنمية التى تحقق بشكل منصف الاحتياجات الاقتصادية والبيئية للأجيال الحالية والمقبلة ، والتى تلى حاجات الحاضر دون التضحية بالمستقبل ، وبعبارة أخرى هى التنمية التى تلبى متطلبات الأجيال الحالية دون أن يكون ذلك على حساب الأجيال القادمة .

(٢) المعهد العربى للتخطيط بالكويت ، الحلقة النقاشية السادسة حول تقييم تجارب التخطيط فى الوطن العربى (الواقع والممكن) ، الجزء الأول ، الكويت ١٩٨٣ ، ص ٤٦٣ .

ويقصد بذلك منع التلوث (الذي يصيب الهواء والماء والتربة وما تحتويه من مواد) أو التخفيف من حدوثه، أو مكافحته والمحافظة على الموارد الطبيعية، وبالذات أو الناصبة منها والعمل على تنميتها، ويتأتى ذلك من خلال السياسات البيئية (Environmental Policies) المختلفة والاستعانة بالدراسات والبحوث والخبرات المحلية والدولية من التشريعات والقوانين المنظمة لاستغلال البيئة وحمايتها. وتلوث البيئة هو أى تغيير ضار في البيئة يتسبب فيه الإنسان ويؤثر في الحياة البشرية أو الهوائية أو النباتية بحيث يؤدى إلى الإخلال بكفاءة النظام البيئى.

وأصبحت البيئة مجالاً عالمياً وقومياً للاهتمام العلمى، حيث تعددت الدراسات والبحوث التي حاولت إثارة الوعى بأهمية البيئة ومواردها، وما تتعرض له من استنزاف وإفساد مقصود، وتدعو إلى ضرورة الحفاظ على البيئة وتجنب التلوث. كذلك عقدت العديد من المؤتمرات العالمية حول قضايا البيئة ومشكلاتها بدءاً من عام ١٩٧٢ باستكهولم وحتى الآن، وتلاحقت التقارير العالمية بشأنها ولجان لدراسة مشكلاتها.[١]

وهكذا نجد أن الإنسان الذي بدأ حياته على الأرض، وهو يحاول حماية نفسه من غوائل الطبيعة، انتهى به الأمر – بعد آلاف السنين –وهو يحاول أن يحمى الطبيعة من نفسه.

والبيئة تعنى تحديداً الإطار الذي يعيش فيه الإنسان ويحصل منه على مقومات حياته من غذاء، وكساء، ودواء، ومأوى، ويمارس فيه علاقاته مع أقرانه من بنى البشر [٢]. وتحتل البيئة في عصرنا الحاضر،

(١) على المكاوى ، البيئة والصحة ، مرجع سابق ، ص ٧ – ١٦ .

(٢) المرجع السابق ، ص ١٨ .

مكانة لا تكاد تدانيها مكانة من حيث تأثيرها على صحة الفرد والمجتمع .
وأهم مصادر تلوث البيئة :

١- تلوث الهواء. ٢- تلوث الماء. ٣- الكيماويات

١- تلوث الهواء : هو أي تغير ضار يحدثه الإنسان في ما يحيط به من هواء، والتلوث الهوائي يعد من أسوأ أنواع التلوث، لما يترتب عليه من آثار قاتلة للإنسان والحيوان والنبات، وقد تنامت الملوثات الهوائية في السنوات الأخيرة بدرجة مخيفة، نتيجة ضغط مزدوج لكل من النمو السكاني، والتوسع الكبير في الصناعة[٣] .

وأثبتت الدراسات أن التلوث الهوائى له علاقة وثيقة بأمراض السرطان والرئة، والشرايين، والالتهابات الرئوية، وحساسية الصدر، والعين، والأمراض المعدية، وأمراض القلب والتنفس، والربو، والتلوث السمعي، وبعض الأمراض العصبية [٤] .

٢- تلوث الماء : الماء من العناصر الحيوية للبيئة، ولكل كائن حي من إنسان، وحيوان، ونبات، إذ يترتب على فقدانه هلاك الكائن الحي، ويقع هذا العنصر تحت سيل من الملوثات، والتي تسفر عن أضرار هائلة تصيب كل كائن حى، ويكفى أن نعلم أن أكثر من نصف سكان العالم يعانون من المرض بسبب عدم توافر المياه، أو بسبب شرب مياه ملوثة، مع العجز عن توفر الصرف الصحي .[١] وأهم الأمراض

---

(١) د. محمد الشحات الجندي ، التلوث البيئي اغتيال للحياة (رؤية إسلامية) ، مجلة جامعة طنطا للبيئة ، العدد ٣ ، ١٩٩٧ ، ص ١٠٥ -١٠٦ .

(٢) نفس المرجع السابق ، ص ١٠٦

(٣) د. عبد المحيى محمود حسن صالح ، مرجع سابق، ٢٠٠٢م ، ص١١٠

الناتجة عن تلوث المياه هي: أمراض التيفود، والنزلات المعوية، والإسهال، القئ، والكوليرا، والالتهابات الكبدية، وأمراض الجهاز العصبي(٢) .

٣- الكيماويات :

أصبحت الكيماويات جزءاً ضرورياً لا يمكن الاستغناء عنه في الحياة البشرية، لكونها تدعم مناشط الإنسان، وتدعم تنميته، فهي تقي وتكافح كثيراً من الأمراض، وتزيد الإنتاجية الزراعية، وتعود بفوائد جمة على المجتمع، على أنه لا ينكر أن كثيرا من هذه المواد الكيماوية التي يتعرض إليها الإنسان مباشرة أثناء تصنيعها، أو نقلها، أو توزيعها، أو استعمالها، أو التخلص منها، يمكن أن تحدث أثار ضارة في صحته، ثم أن التخلص العشوائي من هذه الكيماويات وفضلاتها يمكن أن يدنس الهواء والماء والتربة، ويؤدى إلى تلوث الغذاء، مما يحدث أثار غير مباشرة .(٣)

حتى أنهم ليقدرون ضريبة التلوث التي يدفعها سكان الولايات المتحدة كل عام بخمسة عشر ألف وفاه، وسبعة ملايين يوم مرض، وخمسة عشر مليون يوم ناقص الإنتاجية .(٤)

---

(٤) مجلة طنطا للبيئة ، العدد ٣ ، مرجع سابق ، ص ١٠٦ .

(١) تقرير المجالس القومية المتخصصة ، تقرير المجل القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية ، الدورة العشرون ، القاهرة ٢٠ سبتمبر ١٩٩٩ ، يونيو ٢٠٠٠

(٢) موقع شبكة الإنترنت د. حسين عبد الرازق الجزائري ، صحة البيئة ، المؤتمر الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

http :\www.google.com

علاقة الاقتصاد بالبيئة :

توجد علاقة تبادلية بين الاقتصاد والبيئة، وتتلخص هذه العلاقة في:-

أن حماية البيئة شرط أساسي للنمو الاقتصادي، كما أن النمو الاقتصادي ضروري لحماية البيئة، وبيان ذلك أن النمو الاقتصادي يهدف بالدرجة الأولى إلى زيادة الدخل، ورفع مستوى رفاهية الأفراد، الأمر الذي يقتضى توافر المياه الصالحة، والهواء الصحي، والغذاء الصحي، وكل هذه الأمور تتطلب المحافظة على البيئة، كما أن التلوث البيئي يشكل عقبة في سبيل زيادة الإنتاج، حيث يؤدى إلى ظهور الأمراض، وتدهور خصائص التربة واستنزاف الموارد الطبيعية مع مرور الوقت، وانخفاض الإنتاج .[١] ويوصف التلوث بالوريث الذي حل محل المجاعات والأوبئة، ويعكس ذلك مدى خطورته وآذاه، الذي امتد إلى مجالات الحياة البشرية المادية والصحية والنفسية، مما أدى إلى حالة جعلت الإنسان يعيش في دوامة القلق والاضطراب إزاء ارتفاع تكاليف مكافحته .[٢]

وفى عدد من الأقطار أجريت عمليات تقدير للأضرار الاقتصادية الناتجة عن تلوث الهواء، مع التركيز على الآثار الصحية، وتضرر الأبنية

---

(١) د. أمينة عز الدين عبد الله ، التطور الاقتصادي والموارد الاقتصادية ، مؤسسة نبيل للطباعة ، القاهرة، ٢٠٠١ ، ص ٣٤١

(٢) د. صبحى عمران شلشل ، التلوث البيئي وتأثيراته على الصحة ، الآفاق ، العدد الثالث ، السنة الأولى، مطبعة جامعة الزرقاء الأهلية – الأردن ، ربيع الأول ١٤٢١هـ ، يونيو ٢٠٠٠م ، ص ١١٥

والمحاصيل والزراعات المنزلية، وتقدر تكلفة تلوث الهواء في الولايات المتحدة بنحو ٥٠٠ دولار للفرد. وأما التقديرات في مصر – من جانب مجموعة العمل – لتلوث الهواء، فإنها تظهر أن التكاليف الصحية وحدها (النفقات الطبية والفاقد في أيام العمل والموت المبكر) تصل إلى إجمالي يعادل ١٣٠ مليون جنيه مصري في العام. أو ما يقابل نحو ٤٠ مليون في العام بالنسبة للمنطقتين الصناعيتين بالقاهرة (حلوان وشبرا الخيمة). وهذا على كل حال تقرير منخفض والتكاليف الأخرى للتلوث يمكن أن تضاعف الرقم. ولاشك في أن تأثير تلوث الهواء على التراث الحضاري لمصر – والذي لا يقدر بثمن – كبير للغاية .[(١)]

ولحماية البيئة يتطلب :[(٢)]

١- التوعية البيئية: وأهميتها كوسط اجتماعي بما فيه الإنسان، والتصرف مع المشكلات التي تتعلق بها، وكيفية الاستخدام الرشيد لمكوناتها، وتحديد خطة جيدة لحماية عناصرها، والنهوض بها، وأن تجرى هذه التوعية على مستوى الفرد والجماعة وعلى النظام المحلى والعالمي. لان عدم وجود الوعي البيئي يشكل عقبة تقف حائلاً دون الارتقاء بالبيئة ويخلصها من مشاكلها .

---

(١) كمال التابعى ، التنمية البشرية (دراسة حالة لمصر) ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ٢٠٠١م ، ص ١٦٢ .

(٢) الاقتصاد والبيئة ، مرجع سابق ، ص ٨٠

٢- تكاتف الجهود: حشد الطاقات والتعاون على جميع المستويات لاستنقاذ البيئة، ففي ذلك استنقاذ للإنسان والحيلولة بينه وبين الانتحار وتدمير نفسه، وكل جهد مشترك في هذا المجال بنية التعاون بين الشعوب والأمم يستمد من قوله تعالى﴿... وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ ...﴾ [سورة المائدة:٢] .

٢- الارتقاء بالصحة:

- صحة الطفل:

لاشك أن محصلة الطفولة، والمراهقة المبكرة، هي أهم محصلة في حياة الإنسان ليس فقط من الناحية الصحية والتعليمية، بل من ناحية التكوين الجنسي والصحة النفسية والبدنية، والتي تنعكس على الإنتاج والنمو الاقتصادي والاجتماعي، وسعادة الفرد والمجتمع ككل، وتؤثر بعض الخبرات المبكرة على الطفل بصورة يصعب اقتلاعها أحيانا من سلوكيات الفرد عندما يكبر، بما يسمى الانطباع (imprinting) [١] .

لذا فالاهتمام بالبيئة الصحية للطفل لها أهمية بالغة سواء للفرد أو للأسرة أو للوطن، والأسرة المترابطة التي توفر مناخاً من الحب والرعاية والقيم الإيجابية، وتبعد الطفل عن العادات والقيم السلبية، وتشجعه على استغلال مواهبه وقدراته، وتعوده على التعاون والمشاركة، كل هذا يكون النواة الأولى للارتقاء بالصحة[٢].

---

(١) المجالس القومية المتخصصة ، تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية ، الدورة ١١ ، القاهرة ، ١٩٩١/٩٠م ، ص ١٥

(٢) نفس المرجع السابق ، ص ٢١٩

كما أن المدرسة يجب أن يكون دورها استمراراً لمسيرة الأسـرة، وأن تنمى في الطفل الثقـة فـي الـنفس والثقـة بـالآخرين، والتعـاون والمشاركة، وإيثار المصلحة العامة في مناخ تربوى يساعده على اكتمـال نضج شخصيته، ويكسبه المناعة اللازمة التي تمكنه من التأقلم مع متغيرات الحياة مستقبلاً [٣].

كما أن وضع نظم توعية كافية للأسرة وللأم بكيفية تنشئة الطفـل من الناحية الصحية تنشئة صحيحة، ومساعدة الأسرة على لم الشمل قـدر الاستطاعة كالعمل نصف الوقت، أو إعطاء أجازة رعايـة طفـل بنصـف مرتب[١] .

وإتاحة المعلومات المتصلة بصحة الطفـل، مثـل علـوم الوراثـة وغيرها، وتوعية الجماهير بضرورة تلافى أخطارها، ونشر الوعي الصحي بالحد من زواج الأقارب لتلافى الأمراض الوراثية والخلقية، وتطوير الإعلام المحلى لمجابهة الغزو الإعلامي الخارجي، وما له من مخاطر على النواحي الصحية، والنفسية للطفل، والأم، والأسرة، وزيادة نشر التوعية للوقاية من حوادث الأطفال .[٢]

٣- الوقاية من الأمراض ومكافحتها :

إن من الأهداف الصحية للاقتصاد الوضعي، العمل على الوقاية من الأمراض في المجتمعات، وبذل المزيد في مكافحتها .

---

(٣) ندوة الدراسات العليا والبحوث لخدمة التنمية فى جنوب الـوادى ، جامعـة أسـيوط ، ١٩٩٧ ، ص ٣٢٣

(١) المجالس القومية المتخصصة ، تقرير المجلس القومى للخدمات والتنمية ، الـدورة ٢٠ ، القـاهرة ، ١٩٩٩/٢٠٠٠ .

(٢) د. عبد القادر محمد عبد القادر ، اتجاهات حديثة فى التنمية ، الدار الجامعية ، الإسكندرية ، ٢٠٠٠م

والفرق كبير بين أن نترك الإنسان يصاب بالمرض، ثم نسعى لمعالجته، أو نقيه من المرض أصلاً، ولقد أدرك الحكماء القدامى، هذا الفرق فقالوا " درهم وقاية خير من قنطار علاج "، كما أدركت الأمم الحديثة، فأولت الجوانب الوقائية الاهتمام الأول في كل تدابيرها الصحية، أو سارت في تطبيق أسس الطب الوقائي حتى يمكن تقدير تقدم أي مجتمع صحياً بمقدار ما قطعه في هذا المضمار.[٣]

والوقاية من الأمراض يتم عن طريق التطعيم والتحصين ضد الأمراض، ونشر التثقيف الصحي، والاهتمام بصحة التغذية، وحماية الموارد المائية، والتخلص السليم من الفضلات الآدمية، مما يعود على المجتمع بمنافع صحية وقائية .[١]

٤- التشخيص المبكر للأمراض والعلاج الناجح :

وذلك عن طريق الفحص بالأشعة بالكشف المبكر عن الإصابة، بصورة دورية خصوصاً في المجتمعات ذات الظروف البيئية المناسبة لانتشار المرض، وكذلك في الأوساط والمجتمعات ذات الظروف الخاصة، كعمال بعض الصناعات، وتلاميذ المدارس، وطلبة الجامعات. الخ، وكل ذلك في إطار التسجيل الصحي والمتابعة، وإجراء الكشف الدوري متعدد

(٣) بركة سلمان أحمد ، وآخرون ، الأحاديث الصحاح والحسان فى رعاية الصحة ، (مجلة مركز السنة والسيرة، العدد الثامن) ، جامعة قطر ، ١٤١٥هـ - ١٩٩٥م ، ص ٤٥٢ .

(١) د.أحمد شوقي الفنجرى،الطب الوقائي في الإسلام،الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ٢٠٠٠،ص٣٥

المراحل طبقاً للحاجة، وخدمات الرعاية الطبية الشاملة بالمراكز الصحية والمستشفيات وخدمات الرعاية الصحية الموسعة [٢] .

٥- التأهيل للمعوقين :

ذلك لمساعدة المعوقين على البقاء إلى أقصى حد ممكن بحالة صحية جيدة وجعلهم أعضاء منتجين في المجتمع .

والإعاقة: هي الضرر الناتج عن القصور الذي أدى إلى العجز الوظيفي الدائم أو شبه الدائم في الحالة البدنية أو الحسية أو النفسية أو الذهنية[٣].

والمعاق يحتاج إلى خدمات خاصة لكي يتدرب أو يتعلم ـ أو لتوفير متطلبات حياته اليومية، ولذلك سمى المعاقون بذوى الاحتياجات الخاصة، وفى دراسة أجرتها وزارة الصحة والسكان ضمن مشروع الخريطة الصحية على حوالي ٢٥٠.٠٠٠ نسمة اتضح وجود نسبة كبيرة من المعاقين بين الأطفال أقل من عشر سنوات، فمثلا بين كل ١٠٠ ألف طفل بلغ عدد من أصيب بالعمى الكامل ٢٢، والصم الكامل ٤٦، والإعاقة في الجهاز الحركي ٤٥٠، والإعاقة الذهنية ٦٣ [١].

---

(٢) د. سلوى عثمان الصديقى ، مدخل فى الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية ، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية ، ١٩٩٩م ، ص ٣٨ .

(٣) المجالس القومية المتخصصة تقرير المجلس القومى للخدمات والتنمية ، الدورة ٢٠ ، مرجع سابق ، ص ٤٠ .

(١) المرجع السابق ، ص ٤٠

وجاء في دراسة قدمت في المؤتمر السنوي لجامعة عين شمس عام ١٩٩٨ ما يفيد أن الأطفال المعاقين بأنواع الإعاقات المختلفة يمثلون ١٥% من أطفال مصر، بينما يقدر المجلس القومي للأمومة والطفولة بناء على الدراسة الميدانية التي أجريت في ثلاث محافظات – عدد الأطفال المعاقين بحوالى ٣ ملايين، ٨٥٠ ألف في الشريحة السنية منذ الولادة إلى أقل من ١٥ سنة، وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن عدد المعاقين في مصر يبلغ ٤ ملايين و٧٠٠ ألف معاق، هذا وتجدر الإشارة إلى أنه نظرا للتقدم الطبى أمكن علاج بعض الأمراض والمشكلات الصحية التي كانت موجودة [٢].

واتضح أن أسباب الإعاقة في الأطفال ترجع إلى أسباب وراثية مثل الصمم وضعف السمع، وكف البصر، وعيوب القلب والتشوهات، وإصابات المخ، أو ترجع إلى أسباب حالات تعسر في الولادة كالتوليد الخاطئ أو الحوادث والأمراض المعدية ... الخ .

فيجب دراسة هذه الأسباب والوقاية منها، واتخاذ الإجراءات الكفيلة بالوقاية من الحوادث من خلال التطبيق الحازم لقانون المرور، والتوسع في التأهيل والإشراف على أداء القابلات الصحيات، والاكتشاف المبكر للإعاقة، ووضع نظام متكامل للتعرف على الأطفال المعاقين، وتسجيل ذلك في البطاقة الصحية للطفل، وإعداد الكوادر المؤهلة رعاية الطفل المعاق، وتوفير الموارد اللازمة تدريجيا لرعايته مع وضع سبل الرعاية داخل الأسرة.

---

(٢) المرجع السابق ، ص ٤١ .

٦- المساهمة في توفير الخدمات الصحية الكافية :

ومن الأهداف الصحية توفير الخدمات الصحية الكافية، والتي تعتنى بحماية مستوى الصحة وتحسينها من كافة نواحيها، وذلك عن طريق متابعة أحوال الصحة العامة لأفراد المجتمع، وذلك بضمان سلامة الطعام والماء والهواء، عن طريق هيئات مختصة وقوانين صارمة، وتشجيع السلوك الصحي السليم عن طريق الثواب والعقاب، وإنشاء حلقة اتصال بين الهيئات الصحية والمعامل والمستشفيات وعيادات الأطباء الخاصة لضمان سرعة انتقال المعلومات وتعزيز البرامج الوقائية التي تتصدى لأخطار الصحة العامة، ورفع شعار "الوقاية خير من العلاج "، وتكون في صورة برامج موجهة تركز على رفض عادتنا السيئة، وتتمثل في ممارسة النشاط الرياضى، واتباع أنظمة غذائية محددة، وغيرها من الأساليب الوقائية الأخرى (١).

وتكثيف الجهود لرسم المزيد من الخطط للقضاء عليه، أو على الأقل للحد من الأمراض الوافدة والاستجابة إلى قانون الطوارئ الذي يوجد حولنا في البيئة، وذلك عن طريق تقديم خدمات صحية على أعلى مستوى وبجودة عالية مع إمكانية الحصول عليها بسهولة، وكلما توفرت وسائل الخدمات الصحية كان من الأسهل تشخيص الأمراض الانتقالية بصورة مبكرة أو اتخاذ الإجراءات للسيطرة عليها مما يقلل من فرص انتشار الأمراض والعاهات والوفيات .

---

(١) موقع شبكة الإنترنت ، مقومات جودة الحياة فيدو : http// www.Feedo.net/qual.htm

المبحث الثانى
الأهداف الصحية في الاقتصاد الإسلامي

يهدف الاقتصاد الإسلامي إلى تحقيق إقامة المجتمع الصحيح البنية، المنيع ضد الأمراض الوافدة والمستوطنة، وخلق الإنسان القوى في جسمه وعقله وروحه، والذي يستطيع أن يحمل الرسالة إلى كافة أنحاء الأرض.(١)

ونقطة البداية في الأهداف الصحية في الاقتصاد الإسلامي إذن هي كلمة (التوحيد) وتنوير القلب بها، ونقطة البداية في المرض أو الموت كلمة الشرك أو عدم تنوير القلب تنويراً كاملاً بكلمة " التوحيد ". عن الأول تنبثق مظاهر الصحة الظاهرة والباطنة،وعن الثانى كل الأمراض الظاهرة والباطنة.(٢)

وإن اقتصاد كل أمة هو عصب حياتها، فمن خلاله تستطيع أن تنهض بالتنمية الصناعية والتجارية والعلمية، وسائر مجالات التقدم الحضارى، ومن خلال الاقتصاد القومى يمكن أن تكون الأمة لنفسها ردع لأعدائها، وتحفظ هيبتها، وتصون كرامتها، وتحمى أرضها من الغزاة والمستعمرين.(٣)

والمسلم مطالب بحفظ صحته، والمجتمع مطالب بوقاية نفسه من الأمراض، قال تعالى ﴿...إِنَّ خَيْرَ مَنِ ٱسْتَـْٔجَرْتَ ٱلْقَوِىُّ ٱلْأَمِينُ﴾ [سورة القصص:٢٦] ، وقال رسول الله ﷺ " لو لم يكن لابن آدم إلا إسلامه

---

(١) د. أحمد شوقى الفنجرى ، الطب الوقائى فى الإسلام ، مرجع سابق ، ص ٧١

(٢) سعيد حوى، تربيتنا الروحية، ط٢ ، مكتبة وهبة، القاهرة ، ذى الحجة ١٣٩٩هـ- ١٩٧٩م ، ص ١٠٦

(٣) د. أحمد عمر هاشم ، نحو اقتصاد إسلامى صحيح ، مجلة الإشراف ، العدد ٣٢ ، نقابة السادة الأشراف، القاهرة المحرم ١٤٢٤هـ ــ ٢٠٠٣م ، ص ٢٨

والصحة لكفاه "[٥].

ويرى الإسلام أن البيئة هي المحيط الحيوى: أى الحيز الذي يعيش فيه الإنسان ويمارس نشاطه، وتحكمه نواميس غاية في الدقة والاتزان، وتجاوز هذه النواميس هو الفساد الذي حذر منه القرآن في قولة تعالى : ﴿...وَلَا تَعۡثَوۡاْ فِي ٱلۡأَرۡضِ مُفۡسِدِينَ ٦٠﴾ [سورة البقرة:٦٠]، والفساد الذي تشير إليه الآيات الكريمة يجمع الوجهين اللذين تشير إليهما اليوم البيئة الحديثة[٧]:

١- فساد البيئة التي يعيش فيها الإنسان (التلوث) .

٢- فساد الموارد التي يعتمد عليها الإنسان وتدهورها .

وتشير إلى الآية الكريمة ﴿ظَهَرَ ٱلۡفَسَادُ فِي ٱلۡبَرِّ وَٱلۡبَحۡرِ بِمَا كَسَبَتۡ أَيۡدِي ٱلنَّاسِ لِيُذِيقَهُم بَعۡضَ ٱلَّذِي عَمِلُواْ لَعَلَّهُمۡ يَرۡجِعُونَ ٤١﴾ [سورة الروم:٤١] .

تتضمن هذه الآية الكريمة أربعة أمور :[٢]

١- ظهر الفساد في البر والبحر: أى ظهر التدهور البيئى في المحيط الحيوى بقطاعيه اليابس والمائى .

٢- بما كسبت أيدى الناس: أى نتيجة عمل الإنسان غير المرشد الذي لم يراع قواعد التوازن البيئى .

٣- ليذيقهم بعض الذي عملوا: أى يصيبهم بعض الضرر فساد البيئة بالتلوث الذي يضر بصحتهم، وفساد الموارد الطبيعية الذي ينقص من معاشهم .

---

(١) أخرجه البخارى فى صحيحة ، ج٣ ، ص ١٢٠٣، ح ٣٢٠٧ .

(٢) د. محمد عبد الفتاح القصاص ،الإنسان والبيئة والتنمية ، سلسلة اقرأ ، العدد ٦٥٦ ، دار المعارف ، القاهرة ٢٠٠٠ ، ص ٤٣

(٣) د. محمد عبد الفتاح القصاص ، الإنسان والبيئة والتنمية ، مرجع سابق ، ص ٤٣ - ٤٤

٤- لعلهم يرجعون: أى يعودوا إلى رشدهم، فيصلحوا الذي أفسدوا، ويقلعون عن السلوك غير الرشيد الذي أفسدوا به بيئتهم .

والأمانة التي حملها الإنسان، والخلافة التي كرم الله الإنسان بها، والمسئولية التي هي جزء من فطرة الإنسان، هي في جملتها صون التوازن البيئى[(١)] Environmental Balance على كوكب الأرض .

وفى قوله تعالى : ﴿وَٱبْتَغِ فِيمَآ ءَاتَىٰكَ ٱللَّهُ ٱلدَّارَ ٱلْـَٔاخِرَةَ ۖ وَلَا تَنسَ نَصِيبَكَ مِنَ ٱلدُّنْيَا ۖ وَأَحْسِن كَمَآ أَحْسَنَ ٱللَّهُ إِلَيْكَ ۖ وَلَا تَبْغِ ٱلْفَسَادَ فِى ٱلْأَرْضِ ۖ إِنَّ ٱللَّهَ لَا يُحِبُّ ٱلْمُفْسِدِينَ ﴿٧٧﴾﴾ [سورة القصص:٧٧]

ففى هذه الآيه الكريمة يحدد المولى سبحانه أربع معايير للنشاط الاقتصادي: [(٢)]

١- وَٱبْتَغِ فِيمَآ ءَاتَىٰكَ **- من المال - الدار الآخرة، أى يجب على المسلم في كل تصرفاته الاقتصادية أن يراعى أن تكون التصرفات في إطار الحلال والبعد عن الحرام طاعة لله وعدم عصيانه حتى ينال ثواب الله، ويتجنب عقابه في الآخرة، فهذا المعيار يحدد علاقة العبد بربه في تصرفاته الاقتصادية .**

٢- " وَلَا تَنسَ نَصِيبَكَ مِنَ ٱلدُّنْيَا "**، أى تحقيق الكفاءة الإقتصادية .**

٣- " وَأَحْسِن كَمَآ أَحْسَنَ ٱللَّهُ إِلَيْكَ "**، أى مراعاة العدالة الإجتماعية .**

٤- " وَلَا تَبْغِ ٱلْفَسَادَ فِى ٱلْأَرْضِ" **أى مراعاة عدم تلوث البيئة أو التلوث الأخلاقى .**

---

(١) التوازن البيئى : هو التوازن بين عناصر البيئة الرئيسية نباتية وحيوانية وطبيعية ، بما يضمن الحفاظ على هذه العناصر والأنظمة دون زيادة أو تسارع فى معدلات التغيير والانقراض الطبيعى .

(٢) د. شوقى أحمد دنيا ، الإقتصاد الإسلامى (قضايا منهجية) ، مطبعة مركز صالح كامل ، ٢٠٠٠ م ، ص ١٣ .

وإذا كان النظام الرأسمالى الذي يسود العالم يركز على معيار واحد من هذه المعايير وهو الكفاءة الإقتصادية أى " ولا تنس نصيبك من الدنيا " فإنه أعثر مشكلات يحاول المفكرين الرأسماليون والمسئولون في الدول الرأسمالية حلها، وهذه المشكلات هي :- انتشار الممارسات غير الأخلاقية والتي وضع الإسلام لمواجهتها معيار " وابتغ فيما آتاك الله الدار الآخرة " ومشكلة غياب العدالة الإجتماعية، وبالتالى إنتشار الفقر وتزايد الفجوة بين الفقراء والأغنياء، ومعيار الإسلام لمواجهتها " وأحسن كما أحسن الله إليك "، ثم مشكلة تلوث البيئة مادياً وأخلاقياً ومعنوياً (الفساد) ووضع الإسلام لها معيار " ولا تبغ الفساد " .

واهتم الإسلام بالإنسان من قبل المهد إلى ما بعد اللحد، أى في جميع مراحل تطوير الإنسان، سواء كان جنيناً أو طفلاً أو رضيعاً أو مراهقاً أو راشدا أو كهلاً.[1]

فندد الإسلام بتلك العادات الجاهلية التي كان العرب فيها يفضلون الذكر على الأنثى، ويقومون بوأد البنات قال سبحانه ﴿وَإِذَا ٱلۡمَوۡءُۥدَةُ سُئِلَتۡ ﴿٨﴾ بِأَيِّ ذَنۢبٖ قُتِلَتۡ ﴿٩﴾﴾ [سورة التكوير٨ :٩] **والمؤودة (هي المدفونة حية)، ونصح باختيار الزوجة غير القريبة حتى لا يتسبب في وجود جيل ضعيف، وكفل الإسلام للطفل حق الرضاعة حولين كاملين، وذلك لتأمين غذاءه، وحث على تعليم الطفل. قال ﷺ " علموا أولادكم الصلاة لسبع واضربوهم عليها لعشر وفرقوا بينهم في المضاجع "** [٣].

---

(١) الشئون المعنوية بالقوات المسلحة ، مجلة المجاهد ، العدد ٢١٠ – ١٧ ، القاهرة ، ١٩٩٧م

(٢) سبق تخريجة

أما نظرة الإسلام للوقاية، فقد أولى لها أهمية كبرى، وأسس دعائم الطب الوقائى في الوقت الذي لم يهمل فيه النواحى العلاجية، ذلك أن الإسلام هدى الله، يهدى إلى الطريق القويم، طريق الصحة والمجد والقوة قال تعالى: ﴿ إِنَّ هَٰذَا ٱلْقُرْءَانَ يَهْدِى لِلَّتِى هِىَ أَقْوَمُ ...﴾ [سورة الإسراء:٩] وقال تعالى: ﴿...وَخُذُواْ حِذْرَكُمْ ...﴾ [سورة النساء:١٠٢]، وقال تعالى: ﴿...وَلَا تُلْقُواْ بِأَيْدِيكُمْ إِلَى ٱلتَّهْلُكَةِ ...﴾ [سورة البقرة:١٩٥]، فبين الطريق الذي يؤدى إلى الهلاك وحذر اشد التحذير منها، وتوعد من يسلكه أشد الوعيد، رحمة بهم في مجتمعهم، كما بين السبل التي تسمو بهم جسديا ونفسياً نحو الصحة والسلامة كل ذلك في إطار علمى لم ولن يشهد له التاريخ مثيلاً (١). فالأخذ بمنهج الإسلام نجاة من الأمراض، وشفاء لما في الصدور، ورحمة للمؤمنين من الوقوع في مستنقع الأمراض والعلل والسقم .

هذا وقد اهتم العرب المسلمون الأوائل بتشخيص المرض، ومعرفة أعراضه، وطرق علاجه، فكان الطبيب يستفسر من مريضه عن مأكله ومشربه ومسكنه وأسرته وحالته الصحية والاجتماعية وغير ذلك، وكان الرازى يرتبها طبقا لأهميتها، وقد أشار إلى اختلاف العلاقات باختلاف الوصف الذي تحدث فيه عبر تاريخ المرض (٢)، وبذلك كان العرب أول من ابتدع استقصاء العلاقات، وتدوين المشاهدات، بدقة بالغة، مع استنباط نتائجها التي تلزم عنها بالضرورة .

---

(١) بركة سلمان أحمد، وآخرون، الأحاديث الصحاح والحسان فى رعاية الصحة ، مرجع سابق ،ص ٤٥٢

(٢) د. توفيق الطويل ، فى تراثنا العربى الإسلامى ، مرجع سابق ، ص ١٠٢ .

ويهدف الإسلام إلى منع العجز بسبب المرض بـأن يتعـود المسلم أن لا يستسلم للعجز، بل يصلى ولو بجفن عينيه، والإسلام لا يرضى للمسلم بأن يعيش عالة على غيره، ففى حديث رسول الله ﷺ يقول " اليـد العليا خير من اليد السـفلى "(٣) وحتـى فـي مجـال التأهيـل بالجراحـة التعويضية، أباح في الإسلام استخدام الذهب في العلاج التعويضى رغم أنه محرم على الرجال .

---

(٣) أخرجه الدرامى فى سننه ، ج١ ، ص ٤٧٦ ، ح ١٦٥٢ .

الفصل الثالث

صور من التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

المبحث الأول:

التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

المطلب الأول: التحليل الاقتصادي للخدمات في الاقتصاد الوضعي

مقدمه:

اقتصاديات الرعاية الصحية هي فرع حديث من فروع علم الاقتصاد يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية، وتوضيح جوانبها المختلفة بحيث تصبح أكثر قابلية للتحليل. كما يقدم علم الاقتصاد معايير لتحديد ما إذا كانت سياسات معينة تزيد أو تخفض الكفاءة الاقتصادية وعدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية. وبالطبع، لا يستطيع التحليل الاقتصادي معالجة كل ما يهم المهنيين الصحيين وعامة الناس بالنسبة للرعاية الصحية- فالمشكلات المختلفة تتطلب تدريباً وخبرة تحليلية مختلفة – أما ما يلائم التحليل الاقتصادي بصفة خاصة فهي المشكلات المتعلقة بقضايا الندرة. ومن هذه الناحية يمكن لعلم الاقتصاد توضيح الاختيارات الأفضل للمجتمع عندما تكون موارده المتاحة غير كافية لتحقيق كل رغباته، فالموارد المتاحة دائماً غير كافية في كل المجتمعات وذلك لشدة المنافسة عليها بين استخداماتها المختلفة كالتعليم والرعاية الصحية والأمن الداخلي والدفاع عن حدود الوطن وطرق المواصلات . الخ.

أولاً :- سوق خدمات الرعاية الصحية في العالم:

يعتبر هذا السوق مثل باقى الأسواق في العالم حيث يتكون من جانبين هما الطلب والعرض فالرعاية الصحية لها طلب يمثله طالبى خدمة الرعاية الصحية وجانب عرض يمثله مقدمى هذه الخدمة وفيما يلى تحليل للجانبين:

أولاً الطلب:

فى جانب الطلب على خدمات الرعاية الصحية يتم تحديد محددات الطلب في اطار نموذج مستهلك يتسم سلوكه بالرشاد الاقتصادي تحت الافتراضات التالية :-

١- أن يكون لدى المستهلك النمطى إجمالى دخل ثابت ومستوى معين من المعرفة والتعليم .

٢- أن بتمكن المستهلك النمطى من التعبير عن تفضيلاته الاستهلاكية بواسطة دالة للمنفعة تكون معرفة على حالته الصحية، وسلعة استهلاكية مجمعة وتصف الدالة بالخصائص المعروفة لمثل هذه الدوال فيما يتعلق بالمنفعة الحدية .

٣- أن يتم انتاج الحالة الصحية للمستهلك النمطى بواسطة دالة للانتاج يستخدم فيها مدخلات لانتاج الصحة وتقنيات انتاج الرعاية الصحية كمستوى التغذية وصحة البيئة وتتأثر بمستوى المعرفة المتوفر للمستهلك .

٤- أن تستورد أسعار تنافسية للسلعة الاستهلاكية ولمدخلات انتاج الحالة الصحية يأخذها المستهلك النمطى كمعطيات لا يستطيع التأثير عليها وحيث يمكن اعتبار سعر السلعة الاستهلاكية كمعيار للاسعار ومن ثم يمكن التعامل مع سعرها على أنه يساوى واحد. على هذا الاساس يواجه المستهلك النمطى قيداً للميزانية يعبر عنه بحيث لا يفوق اجمالى الانفاق على السلع الاستهلاكية والخدمات الصحية الدخل الثابت .

على أساس هذه الافتراضات يقوم المستهلك باتخاذ قراراته الاستهلاكية بتعظيم دالة المنفعة باختيار كمية السلعة الاستهلاكية وكميات مدخلات إنتاج الحالة الصحية وذلك في ضوء القيود التي تفرضها الموارد المتاحة له في شكل دخل ثابت ودالة انتاج الحالة الصحية. وكما هو معروف يؤدى حل هذه المسالة إلى تعريف دوال الطلب للسلعة الاستهلاكية، ومدخات إنتاج الحالة الصحية كدوال في معطيات النموذج: أسعار مدخلات انتاج الحالة الصحية، ومعطيات دوال انتاج الحالة الصحية واجمالى الموارد المتاحة والحالة التعليمية وعلى هذا الاساس يمكن تعريف منحنى الطلب على خدمات الرعاية الصحية على المستوى النظرى كعلاقة بين الكميات المطلوبة فيها وسعر الخدمة .[١]

---

١ - عيسى محمد الغزالى ، اقتصاديات الصحة ، المعهد العربى للتخطيط ، سلسلة دورية ، العدد الثانى والعشرين ، اكتوبر ، ٢٠٠٣، ص ص ٢-٦.

ويختلف الطلب على الخدمات عن طلب السلع في بعض الأوجه ولاستبيان ذلك سوف يتم التركيز على إحدى الخدمات وهى الرعاية الصحية Health care ويلاحظ في هذا الصدد أن الصحة لا تعتبر خدمة قابلة للتبادل في السوق، وإنما الخدمات الصحية هي التي تباع وتشترى في السوق. ومن ثم فإن التحليل الاقتصادي ينصب بصفة أساسية حول الخدمات الصحية. وفى مجال التفرقة بين الصحة والخدمات الصحية تتم التفرقة بين القيمة الاستعمالية Value in use والقيمة التبادلية value in echange. فالقيمة الاستعمالية تشير على الفائدة أو الإشباع أو الرضا الذي يتحقق للفرد نتيجة لاستعمال أو استهلاك الشيء إما القيمة التبادلية فتشير إلى الثمن الذي تباع وتشترى به السلعة أو الخدمة في السوق. وتمثل القيمة الاستعمالية الحد النهائى للقيمة التبادلية حيث لا يمكن أن تتفوق القيمة التبادلية عن القيمة الاستعمالية وإن كان من الممكن أن تقل عنها ويلاحظ في هذا الصدد أن الصحة لها قيمة استعمالية وليس قيمة تبادلية مثلها في ذلك مثل الهواء أما الخدمات الصحية فلها قيمة تبادلية، وإن كان في بعض الحالات ليس لها قيمة استعمالية وقد تكون قيمتها الاستعمالية سالبة في الحالات التي يخطئ فيها الأطباء عند أدائهم الخدمة:[1]

خصائص الطلب على الخدمات الصحية:

١ - عبد القادر محمد عبد القادر، التحليل الاقتصادى الجزئى بين النظرية والتطبيق الدار الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٣، ص٤٢

عند الكلام عن سوق سلعة ما عادة ما تكون السلعة التي يعرضها المنتجون هي السلعة التي يطلبها المستهلكون. فإذا قلنا سوق السيارات فهذا يعنى أن المستهلكين يطلبون سيارات والمنتجين يعرضون سيارات أما عند الكلام عن الخدمات الصحية فالأمر قد يكون مختلفاً قليلا فالمستهلك الذي هو "المريض" عادة ما يطلب الصحة أو تحسن الصحة أو تجنب المرض، أما الطبيب أو المستشفى فهى تعرض الرعاية أو الخدمة الصحية والتي قد تحقق تحسناً في الصحة أو قد لا تحقق ومن ثم فإن المستهلك يطلب هدفاً معيناً أما المنتج فهو يعرض الوسيلة التي تحقق هذا الهدف، وليس الهدف نفسه.

ومن ناحية أخرى تفترض النظرية الاقتصادية استقلال الطلب عن العرض في حالة السلع العادية. أى أن العوامل التي تؤثر في الطلب تختلف عن العوامل التي تؤثر في العرض في أغلب الحالات ولكن في حالة الخدمات الصحية يوجد هناك تداخلاً بين الطلب والعرض فالمريض غالباً ما تنقصه المعلومات حيث قد لا يعرف طبيعة مرضه ولا أنواع العلاج اللازمة لتخفيف المرض أو إزالته، ولا مدى فاعلية أنواع الأدوية أو العمليات المختلفة اللازمة لعلاج حالته. ولذا فهو قد لا يستطيع أن تتخذ قراراً بشأن ما يطلبه سواء كان خدمة صحية من نوع ما أو دواء أو عملية جراحية دون استشارة الطبيب ومن ثم فإن المعلومات التي يقدمها الطبيب كمنتج للخدمة الصحية على جانب العرض تؤثر في طلب المستهلك للخدمات الصحية [١].

---

(١) نفس المرجع السابق ذكره، ص٤٣

وفى معظم الحالات يوكل المريض الطبيب مهمة طلـــب أو تحديـــد الخدمات الصحية اللازمة له لعدم مقدرته على اتخاذ القرار وهذا يعنـــى أن طلب وعرض الخدمات الصحية لا يوجد بينهمـــا فصـــل تـــام بـــل أنهمـــا متداخلان.

وإذا كان الطلب الأصلى Fundenental demend للمريض ينصـــب على الصحة، فهو يلجأ لطلب الرعاية الصحية لتحقيق الطلب الأصلى. ولذا فإن الطلب على الرعاية الصحية يعتبر طلبا مستشقا Derived demand أى أن الخدمات الصحية لا تطلب لذاتها ولكن تطلب بدافع رغبـــة الفـــرد فـــي الاحتفاظ بمستوى صحى جيد أو رغبه في تحسن مستوى صحته.

والصحة ينظر إليها أما كخدمة استهلاكية أو اســـتثمارية. فهـــى خدمة استهلاكية لأنها تمكن الفرد من التمتع بأوقات فراغه وهـــى خدمـــة استثمارية لأنها تزيد من مقدرة الفرد على الإنتاج في أوقات العمل وبالتالى تزيد من دخله.

وبهذا المعنى فإن الفرد يستمد رعاية صحته في الصغر مـــن أجـــل الحصول على صحة سليمة في المستقبل. كما أن الفرد يستثمر رعاية الفم والأسنان منذ الصغر من أجل الحصول على أسنان سليمة عند الكبر أى أن طلب هذا الفرد على الخدمات الصحية للأسنان هو طلب مشتق مـــن طلـــب الفرد على صحة أسنانه في المستقبل.

كما أن الطلب على الخدمات الصحية يمثل شراء ضـــغط Distress purechase أى شراء ضرورة في أغلب الأحوال، فإن زيارة طبيب الأسنان قد تكون غير مريحة وتسبب الانقباض لدى البعض، ولكنها تمثل شراءاً

ضرورياً للتخلص من آلام الأسنان كما أن دخول المريض غرفة العمليات لإجراء جراحة قد تكون أمراً غير مستحبا ولكنه ضروريا لتخلص المريض من الآمة واستعادته صحته وتحسنها.(١)

ويمكن أن يكون الطلب على الخدمات الصحية متقلباً بصورة موسمية بمعنى أنه لا يكون موزعاً بالتساوى طوال العام، فبعض المرضى يكونون أكثر عرضه للحوادث أو المرض خلال الشتاء، وبعض الأمراض تظهر متقطعة في صورة أوبئة. وعادة يمكن التنبؤ بالخدمات الانتقالية Elective service وذلك يسمح بالتخطيط والإدارة السليمة.

وبالنسبة للطلب على الخدمات الصحية يكون هناك علاقة عكسية بين سعر الخدمة الصحية والكمية المطلوبة من هذه الخدمة من جانب مستهلكيها فعندما ينخفض سعر الخدمة الصحية يزداد عدد المرضى الذين يطلبون تلك الخدمة لأن هناك بعض المرضى ذوى الدخول المنخفضة الذين كانوا لا يستطيعون دفع سعر الخدمة الصحية قبل ذلك سيتمكنون من دفع سعرها المنخفض حالياً كذلك سيؤدى انخفاض سعر الخدمة الصحية إلى زيادة عدد مرات طلب الخدمة الصحية في نفس الفترة الزمنية من جانب هؤلاء المرضى القادرين على دفع سعر الخدمة الصحية المرتفع سابقاً، فمثلاً التردد على الطبيب أكثر من مرة في الشهر مثلا مقارنة بالاكتفاء بزيادة الطبيب مرة واحدة في الشهر عند السعر المرتفع سابقاً.

(١) د. طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدنية، الزقازيق،٢٠٠٤، ص ٧٣

كما يؤثر فرض الأتعاب على الذين يحق لهم إجــراء الاختبـــارات مجاناً أو عندما تبدأ الأسعار الارتفاع من الصفر يـــنخفض الطلـــب كثيـــراً بخلاف ما كانت هذه الاختبارات مجانية.

محددات الطلب (حالة خاصة):

يتأثر طلب الفرد المستهلك على سلعة أو خدمة ما خلال فترة زمنية معينة بعدة عوامل أهمها سعر الخدمة، دخل الفرد، حجم السكان وأســعار السلع الأخرى البديلة أو السلع المكملة، وذوق المستهلك وتوقعاته.

عندما تقدم الخدمات الصحية مجانا لا يصبح لسعر الخدمة الصحية أو الدخل أو أسعار السلع الأخرى، ولا حتى توقعات الدخل أو الأســعار أى دور يذكر في التأثير على طلب تلك الخدمات الصحية المجانية.

فمثلاً قد تقدم خدمات اختبارات جراحات العيــون مجانـــاً، ولكـــن العدسات والنظارات الطبية يتم تركيبها من نفقة من يرغب فـــي تركيبهـــا، لذلك فإن ارتفاع أسعار العدسات للنظارات قد يؤدى إلى انخفـــاض الطلـــب على اختبارات جراحات العيون المجانية وتكلفة الفرصة البديلة لوقت الفرد، وربما بقيود العرض، ومثال ذلك وجود قوائم انتظار طويلة لإجــراء هـــذه الاختبارات وهنا يصبح الموقف مشابها للموقف الموضح بتأثر زيادة الطلب [١].

---

(١) نفس المرجع السابق ، ص٧٤

واستخدام فكرة منحنى الطب تفسير الكثير من تغيير الظواهر الاقتصادية، فعن طريق منحنى الطلب تفسر تغيرات القيمة أو الأسعار وتفسر تغير الإنتاج والدخل وتوزيع الموارد بين الاستخدامات المختلفة.

ويعتبر مفهوم المرونة مفيداً في اتخاذ ذو العديد من القرارات الاقتصادية والأدوية المتعلقة بتخطيط الخدمات الصحية مثل: هل سيؤدى الزيادة في السعر إلى الزيادة في المبيعات أو ما مقدار زيادة في المبيعات إذا خفضا السعر بنسبة ٥%.

$$\text{مرونة الطلب} = \frac{\text{التغير النسبى فى الكمية}}{\text{التغير النسبى فى السعر}}$$

مثال:- إذا زاد سعر السلعه من ٢٠ إلى ٢١ أى زيادة قدرها ٥% فانخفضت الكمية المعروضة من ٢٠٠ إلى ١٨٠ وحدة أى بنسبة ١٠% فإن قيمة المرونة تكون :-

$$\text{م ط} = \frac{٠.١٠}{٠.٥} = -٢$$

ذلك لأن العلاقة بين التغير في السعر والتغير في الكمية دائما سالبة.

نظرية الطلب المحفوز بالعرض

Supplier – induced demand

من أبرز نظريات الطلب في مجال الخدمات الصحية (نظرية الطلب المحفوز بالعرض) وتقضى هذه النظرية بأنه طالما أن الطبيب هو وكيل المريض في تحديد نوعية الخدمات الصحية التي يحتاجها الأخير، فإن جانب العرض يؤثر على جانب الطلب في مجال الرعاية الصحية. ومن هذا

المنطلق فإن مستوى الخدمات الصحية التي يتم طلبها بناءاً على تعليمات الطبيب قد تكون مختلفة عن المستوى الذي كان يمكن أن يقرره المريض في حالة اتخاذه القرار بنفسه. [1]

ومن ناحية أخرى إذا زاد عرض الخدمات الصحية نتيجة لزيادة عدد الأطباء مثلا، فإنه من المتوقع أن يصاحب هذا زيادة في الطلب على الخدمات الصحية حتى مع ثبات عدد المرضى. وربما يرجع هذا إلى أن زيادة عدد الأطباء قد يكون مصحوباً بتوسع في التخصصات الأمر الذي يؤدى لزيادة الطلب على الخدمات الصحية المتخصصة بعدما كان طبيب واحد يقوم بعدد من التخصصات جملة واحدة، بالإضافة إلى ذلك فإن زيادة عدد الأطباء ربما يقلل أجر الخدمة الطبية، وفى محاولة لتعويض ذلك ربما يقرر الأطباء تقديم قدر أكبر من الخدمات الطبية للمرضى مما يزيد من الطلب على الرعاية الصحية. [2]

ثانياً :العرض :

فيما يتعلق بجانب عرض الخدمات الصحية نجد أن تقنيات الخدمات الصحية تشتمل على مدخل العمل في شكل أطباء وكوادر طبية مساعدة بالاضافة الى عوامل انتاج وسيطة ورأس المال، وفى هذا الصدد يلاحظ أن الأطباء بمختلف تخصصاتهم يقومون بتوفير المعلومات والإرشادات للأفراد حول طبيعة حالتهم الصحية، وعن أثر مختلف طرق العلاج عليهما، والقيام

---

١ - عبد القادر محمد عبد القادر ، مرجع سابق ، ص ٤٤ .

٢ - محمد عبد المنعم عفر ، د. أحمد فريد مصطفى ، التحليل الإقتصادى الجزئى فى الإقتصاد الوضعى والإسلامى ، مؤسسة شباب الجامعة ، الإسكندرية ، ١٩٩٩ ، ص ١٠٩ .

بتوفير خدمات العلاج كالجراحة وكتابة الوصفات الطبية. كذلك يلاحظ أن الاطباء عادة ما يشكلون نسبة متدنية من قوة العمل المنخرطة في وفير الخدمات الصحية إذ يتطلب توفير هذه الخدمات أعداداً كبيرة من الكوادر الطبية والمساعدة من الممرضات والإداريين والصيادلة والكتبة، وينطوى عمل هؤلاء على جوانب مكملة وأخرى محلة لعمل الاطباء من جانب أخر .

وتلعب الامدادات الطبية كالأدوية والمعدات الطبية والمعدات الرأسمالية دوراً مهماً في إنتاج الخدمات الصحية في المستويات الأولية للرعاية الصحية .

وفى إطار هذه العلاقات الفنية لانتاج الخدمات الصحية يمكن النظر إلى محددات عرض الخدمات الصحية من خلال التعرض للحوافز الاقتصادية والاجتماعية التي تدفع مختلف الأطراف للقيام بأعمالهم في هذا المجال .

وفى هذا الصدد يمكن النظر للأطباء على أنهم يقومون بتقديم خدماتهم كعمالة ماهرة تحفزها تركيبة الأجور في الاقتصاد وتسعى لتعظيم دالة منفعة تقليدية معرفة على الدخل (الاستهلاك) وعلى الوقت المتاح للراحة والاستجمام من جانب أخر، ولأنهم يتوفرون على معرفة متخصصة حول تقنيات إنتاج الرعاية الصحية، يمكن النظر إليهم كمنظمين أو إداريين للعملية الانتاجية ومن ثم فإن معدل الربح في مجال تقديم الخدمات الصحية سيكون من أهم الحوافز الاقتصادية التي تستند عليها عملية اتخاذ القرارات بواسطة الأطباء .

ويسبق كل هذه الادوار والقرارات التي تتخذ حيالها بواسطة الأطباء، القرار الابتدائى حول دراسة الطب ليصبح الفرد طبيباً، وهو قرار أخذ يعرف بالاستثمار في رأس المال البشرى بواسطة الافراد وذلك بالاستناد على الافتراضات التالية :

- أن طول فترة التدريب أو التعليم هي المصدر الأساسى للتفاوت في دخول العمال وأن التدريب يرفع انتاجية العامل، إلا أن التدريب يتطلب تأجيلاً للدخل لفنرة مستقبلية .
- يتوقع الأفراد عند اتخاذ القرار بالتدريب الحصول على دخول أعلى في المستقبل تعوض تكلفة التدريب .
- يفترض أن تقتصر تكلفة التدريب على التكلفة البديلة بمعنى الدخل الذي كان سيحصل عليه الفرد إذا لم يلتحق بمؤسسات التدريب .
- يفترض ألا يقوم الافراد باتخاذ قرار التدريب في المستقبل بعد انقضاء فترة التدريب الأولى وأن يظل تدفق الدخل المستقبلى بعد نهاية فترة التدريب الأولى ثابتاً خلال فترة العملية .
- يفترض ثبات سعر الفائدة الذي يستخدمه الافراد في حسم التدفقات المستقبلية

على أساس هذه الافتراضات وفى اطار التوازن التنافسى سيكون توزيع دخول العمال بحيث تتساوى القيمة الحاضرة للتدفقات المستقبلية، وذلك لخيارى الإنخراط في التعليم وعدم الانخراط بعد حسم التدفقات المستقبلية بسعر الفائدة التنافسى، عند وقت اتخاذ قرار الاستثمار في التدريب أو التعليم ويترتب على مثل هذا التحليل أن عرض الاطباء يعتمد على هيكل التكلفة البديلة للدراسة وعلى اسعار الفائدة السائدة في الاقتصاد

وعلى أساس مثل هذه الصياغة النمطية لسلوك الأفراد وبافتراض أن حافز منتجى خدمات الرعاية الصحية يتمثل في تعظيم اربـــاحهم بالطريقـــة التقليدية، يمكن التعامل مع سوق خدمات الرعاية الصـــحية علـــى أســـاس التحليل الاقتصادي المعروف حيث تتحدد الكمية التوازنية لخدمات الرعايـــة الصحية التي يرغب الأفراد في الحصول عليها والتي يرغب المنتجون فـــي توفيرها بتقاطع منحنيات الطلب والعرض .

وفى مثل هذا التحليل يتوقع أن تعمل آلية الســـوق لتحقيـــق كفـــاءة تخصيص الموارد في سوق خدمات الرعاية الصحية مثلها في ذلك مثل بقية أسواق السلع والخدمات في الاقتصاد .

وتستند مثل هذه الصياغة النمطية للاسواق على عدد من الافتراضات الهامة التي استخدمت للحصول على منحنيات الطلب والعرض التي تعـــرف السوق في النظرية الاقتصادية ويمكن تلخيصها فيما يلى :

- أن هناك عدداً كبيراً من المنتجين لخدمة الرعاية الصحية يسعى كل واحد منهم لتعظيم فائدته كما يعبر عنها ربحه دون أن يكون لـــه تأثير على أسعار الخدمات المقدمة أو اسعار مدخلات الانتاج .
- أن خدمة الرعاية الصحية التي يتم عرضها فـــي الســـوق تتســـم بالتجانس بمعنى مطابقة مواصفات كل وحدة منها للوحدة الأخرى .
- أن المستهلكين يمتلكون المعلومات الكاملة عـــن أســـعار ونوعيـــة وجودة خدمات الرعاية الصحية .
- أن المستهلكون يقومون بمقابلة تكلفة السلعة التي يقومون باستهلاكها بمعنى دفع السعر الذي يحدده السوق .

ويتوقف العرض على الندرة كما يتوقف الطلب على النفقة والعرض يعنى تلك العلاقة التي تربط الأسعار والكميات المراد بيعها في وحدة الزمن، وفى مجال نظم الخدمات الصحية يكون العرض على قدر كبير من التنظـيم ولا تستجيب لقوى السوق بنفس طريقة عرض السلع الاستهلاكية .

ويكشف لنا منحنى العرض سلوك المنتج، وكيف يسـعى لتحقيـق أقصى ربح ممكن وعادة تزيد الكمية المعروضة كلما زاد السعر، وتقل كلما انخفض السعر أى أن العلاقة بين الكمية المعروضة والسعر علاقة طرديـة [1]

وفى مجال الخدمات الصحية يمكن أن يتوقع وجود منحنى عـرض ينحدر لأعلى (علاقة طردية) بالنسبة لعمليات التجميل مثل شد الوجه وأهم الاعتبارات التي تؤثر في المنتج عند اتخاذ قرار بزيادة الإنتاج هو اعتبـار النفقات وهو يحقق الربح العادى عندما يتمكن من تغطية كل النفقات الثابتة المتغيرة [2].

ويمكن الإشارة إلى العوامل المحددة للعرض والتخلف فـي تغيـر أسعار السلع الأخرى، تغير أسعار عوامل الإنتاج تغير الفنـون الإنتاجيـة (مستوى التكنولوجيا) وكلها مؤثرة في مدى تقديم الخدمات الصحية والتغير الذي يطرأ على السعر والكمية المعروضة من الخدمات (علاقة طردية).

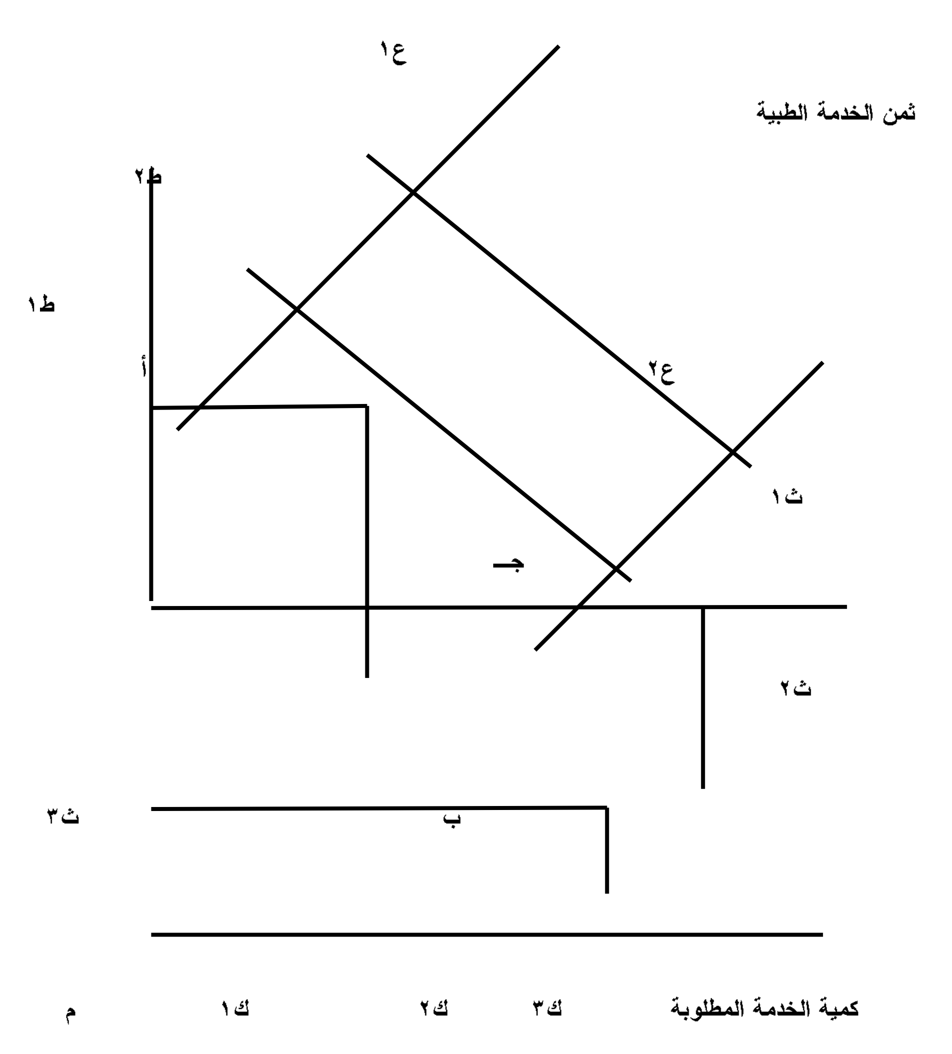
---

(١) د. رفعت الرميس ، الإقتصاد الإجتماعى ، دار الفؤاد القاهرة ، ٢٠٠٣ ، ص ٧٧ .

(٢) د. طلعت الدمرداش ، إقتصاديات الخدمات الصحية ، مرجع سابق ، ص ٩٥ .

ويعنى مفهوم المرونة درجة استجابة الطلب والعـرض لتغيـرات الأسعار والدخل وغير ذلك من العوامل الأخرى التي يمكن أن تـؤثر علـى الطلب والعرض فبالإضافة إلى معرفة اتجاه تغير الطلب أو العرض لتغيـر الظروف، يجب أن يكون هناك مقياس لمعرفة مقدار تغير الكمية المطلوبـة أو المعروضة.

ويمكن تصوير هذه النظرية بالشكل .



(نظرية الطلب المحفوظة بالعرض)

فإذا بدأنا من نقطة التوازن "أ" حيث كمية الخدمة الطبية ك١ وثمن الخدمة ث ثم زاد عرض الخدمة الطبية من ع١ ع٢ نتيجة لزيادة عدد الأطباء فإن التوازن يصبح عن "ب" ومن ثم ينخفض سعر الخدمة الطبية من ث١ على ث٢ وتزداد كمية الخدمة من ك١ إلى ك٢ ونظرا لأن مرونة الطلب على الخدمة الطبية ربما تكون منخفضة (أى أقل من الواحد) فقد يترتب على ذلك انخفاض الدخل الكلى المتولد من الخدمة الطبية. وفى محاولة لتعويض ذلك ربما يحفز الأطباء على زيادة الطلب على الخدمات الطبية من ط١ إلى ط٢ فتصبح نقطة التوازن هي جـ وعندئذ يرتفع ثمة الخدمة من ث٢ إلى ث٣ وتزداد كمية الخدمة من ك١ إلى ك٢ ويزداد الدخل المتولد عن الخدمة من وك٢ب ث ٢ إلى وك٣ جـ ث٣ وبالطبع ربما يفوق ثمة الخدمة ث١، إذا كانت الزيادة المحفوزة في الطلب أعلى من ط٢.

وفى نفس المجال: حيث تكون المستشفيات حرة في تحديد أسعار خدماتها عند المستويات التي ترى أن السوق سيتحملها. فإن أسعار الخدمات التي يكون الطلب عليها غير مرن السعر سيتضمن زيادة أكبر عن التكلفة، بالمقارنة بأسعار الخدمات التي يكون الطلب عليها مرنا للسعر. [1]

---

١ - خيرية عبد الفتاح ، نظرية التحليل الإقتصادى ، مكتبة المدنية ، الزقازيق ، ٢٠٠٤م ، ص١٠١

أوجه الاختلاف بين سوق
خدمات الرعاية الطبية والأسواق النمطية

تختلف سوق خدمات الرعاية الصحية عن الأسواق النمطية **في أن معظم هذه الافتراضات لا يتحقق ففى جانب الطلب عـدة ما تسود حالة عدم المعرقة وغياب المعلومات حول الحالة الصحية للفرد وذلك لاتصاف مثل هذه المعرفة بالخصوصية التي تتطلب تدريباً طويلاً بتكلفة عالية، ولغياب المعلومات أيضاً حول تركيبة الاسعار السائدة ومدى تعبيرها عن جودة الخدمة المقدمة، وحول طبيعة العلاج الملائم للحالة المرضية، كذلك تسود حالة من عدم التيقن حول الحالة الصحية للافراد مما يعنى أن عملية اتخاذ القرار لاتتم في بيئة من اليقين بتفضيلات المستهلك وانما تعتمد على احتمالات حدوث مختلف الحالات الصحية، وفى جانب العرض عادة ما يتم تقديم خدمات الرعية الصحية من خلال منافذ محدودة تتسم معظمها**

بمظاهر الاحتكار بمعنى امكانية التحكم في الاسعار سواء أكان ذلك بالنسبة للمستشفيات الكبرى أو المراكز الصحية أو العيادات الخاصة .

كذلك ينعدم حافز الربح لدى المسشتفيات الحكومية الكبرى. بالاضافة إلى ذلك تتعدد الوصفات العلاجية بتعدد الحالات المرضية مما يعنى انعدام صفة التجانس كذلك تتوفر لدى الأطباء معلومات فنية تتحدد على اساسها نوعية الخدمة المقدمة ولا تتوافر هذه المعلومات للأفراد المستهلكين.

وعادة ما تلخص هذه الاختلافات بين الأسواق النمطية وسوق خدمات

الرعاية الصحية في ملاحظة أن الثانى يتصف بعدم كمال المعلومات وعدم كمال التنافس وفى ظل هذه الخصائص عادة ما تفشل آلية السوق في تحقيق كفاءة تخصيص الموارد ومن ثم في تعظيم رفاه الفرد الامر الذي يستدعى تدخل الدول .[١]

ويمكن اجمال الفروق بين الاسواق التنافسية وسوق خدمات الرعاية الصحية في الجدول الأتى :-

الأسواق التنافسية النمطية	سوق خدمات الرعاية الصحية
عدد كبير من المنتجين	عدد محدود من المستشفيات والعيادات خارج المدن الكبيرة
حافز تعظيم الربح	معظم المستشفيات لاتعتمد حافز الربح
تجانس السلع	عدم تجانس الخدمات
كمال المعلومات لدى المستهلكين	عدم معرفة المستهلكين الكاملة بالمعلومات ذات العلاقة
مقابلة التكلفة للسلعة المستهلكة	مقابلة جزء من تكلفة الخدمة

تدخل الحكومات في اسواق الخدمات الصحية

مبررات تدخل الحكومة في أسواق الخدمات الصحية

هناك ثلاثة مبررات لقيام الحكومة بدور كبير في القطاع الصحي ينبغى الاهتداء بها في إصلاح النظم الصحية .

١ - http://www.tishreen.edu.sy/sites/default/files/Tishreen_Magazine/٢.pdf

١- الخدمات الصحية سلع عامة :

تعتبر كثير من الخدمات المرتبطة بالصحة سلع عامة، مثل المعلومات الصحية ومكافحة الامراض المعدية ن فاستخدام شخص ما للمعلومات الصحية ليس من شأنه ان يبقى قدراً أقل من المعلومات للآخرين كي يستهلكوها كما لا يسع شخصا معيناً أن يستفيد من مكافحة البعوض الناقل للملاريا في حين يستبعد شخص آخر يقيم في نفس المنطقة من هذه الاستفادة، ونظراً لأن أسواق القطاع الخاص وحدها لاتوفر إلا قدراً قليلاً جداً من السلع العامة ذات الدور الحاسم في الصحة فان مشاركة الحكومة ضرورية لزيادة المعروض من هذه السلع وللخدمات الصحية الأخرى وفورات خارجية هامة شأنها في ذلك شأن جميع السلع العامة فالاستهلاك من جانب فرد يؤثر في الغير، وتحصين طفل من شأنه أن يبطىء من انتقال عدوى الحصبة وغيرها من الأمراض، ويتيح وفراً خارجياً ايجابياً، والذين يلوثون البيئة والسائقون المخمورون يحققون وفورات خارجية سلبية ويتطلب الأمر أن تشجع الحكومات انواع السلوك التي تنطوى على وفورات خاريجة ايجابية وألا تشجع ذات الوفورات الخارجية السلبية .[1]

٢- عدم قدرة الفقراء على تحمل تكاليف الخدمات الصحية

توفير الخدمات الصحية المردودة للتكاليف للفقراء هو نهج فعال ومقبول اجتماعياً للإقلال من الفقر ويرى معظم البلدان أن الحصول على الرعاية الصحية الاساسية حق من حقوق الانسان .

---

١ - أ.ب ماخ ، ب. آبيل – سميث ، تخطيط مالية القطاع الصحى ، منظمة الصحة العالمية ، الاسكندرية ظن ٢٠٠٢، ص ص٣٠-٣٥.

كما ان التمويل الحكومى للرعاية الاكلينيكية الجوهرية للتخفيف من حدة الفقر، وهو تمويل يمكن أن يتخذ أشكالاً شتى مثل دعم القطاع الذي يقدم خدمات للفقراء هو والمنظمات غير الحكومية، واعطاء الفقراء مستندات قيد يستطيعون تقديمها إلى من يختارونهم من مقدمى الخدمات، وتقديم خدمات حكومية للفقراء بالمجان أو بأقل من التكلفة .[١]

٣- تنظيم التأمين الصحي الذي يوفره القطاع الخاص

قد يدعو الأمر إلى اجراء من جانب الحكومة للتعويض عن مشكلات ناشئة عن عدم اليقين وعن تقصير سوق التأمين فأوجه عدم اليقين الكبيرة التي تكتنف احتمال حدوث المرض، وكفاءة الرعاية من شأنها ن تخلق طلباً قوياً على التأمين فأوجه عدم اليقين الكبيرة التي تكتنف احتمال حدوث للمرض، وكفاءة الرعاية من شأنها أ، تخلق طلباً قوياً على التأمين وتخلق كذلك أوجهاً للقصور في إدارة أسواق القطاع الخاص ويرجع ذلك لعدة اسباب :-

- أن التباين في المخاطر الصحية قد يهيىء لشركات التأمين حوافز تحدوها إلى رفض التأمين على من هم في أشد الحاجة إلى التأمين الصحي .
- أن التأمين يقلل من الحوافز التي تحدو الأفراد إلى تفادى المخاطر والتكاليف، وذلك بسلوكهم سلوكاً يتصف بالحرص والرؤوية، كما أنه يوفر للاطباء والمستشفيات حوافز وفرصاً تحدوهم إلى اعطاء

---

١ - عزة عمر الغدرى ، الامن الاجتماعى والصحة ، مرتمر الأمن الاجتماعى للتنمية ١٢-١٣ أكتوبر ، القاهرة ، ١٩٩٩، ص ص ١٠٠-١٠٥ .

- المرضى من أسباب الرعاية ما يفوق احتياجاهم اليه .
- عدم التماثل في المعلومات بين مقدمى الخدمات وبين المرضى بشأن النتائج التي يسفر عنها التدخل فمقدمو الخدمات يقدمون النصح للمرضى بشأن اختيار العلاج ومتى ارتبط دخل مقدمى الخدمة بهذه النصيحة فقد ينتج عن ذلك إسراف في العلاج .
- ونتيجة لهذين الاعتبارين الاخيرين في اسواق القطاع الخاص غير المنظمة بلوائح، فإن التكاليف تتصاعد دون تحقيق مكاسب صحية ملموسة بالنسبة للمرضى ويقع على عاتق الحكومات دور هام ينبغى لها الاضطلاع به في تنظيم التامين الصحي الذي يوفره القطاع الخاص او في التعويض ببدائل مثل التأمين الاجتماعى، للتأكد من تغطيته الواسعة ولا بقاء تكاليفه منخفضة .[1]

ويجب أن يكون تدخل الحكومة من خلال سياسات مخططة لتلائم الواقع والموارد المتاحة، وإلا خاطرت بأن تفاقم نفس المشكلات التي تجتهد في حلها ولذلك فإن راسمى السياسة الصحية يواجهون قرارات صعبة تتعلق بتخصيص الموارد الحكومية متى صارت ضلعاً مباشراً في القطاع الصحي – بتقديم برامج الصحة العامة أو بتمويل الخدمات الاكلينيكية الاساسية للفقراء وذلك لأن دافعى الضرائب والمتبرعين في بعض البلدان يريدون أن يروا أقصى حداً من المكاسب الصحية المتولدة عن الاموال التي أنفقت .[2]

---

١ - البنك الدولى: تقرير عن التنمية فى العالم ٢٠٠٣: الاستثمار فى الصحة ، واشنطن ٢٠٠٣، ص ص ٦٢-٦٨.

٢-HAMMER. J. S. *Economic Analysis for Health Projects*. *The World Bank Research Observer*,no.١ world bank,Washington,١٩٩٧,٤٧-٧١.

تدخل الحكومة لمعالجة أوجه القصور في قواعد السوق الحر في اسواق الخدمات الصحية فى نظام السوق التنافسى نجد أن الكفاءة الاقتصادية في جانبى الطلب والعرض لاتتحقق عند تراجع شروط السوق التنافسية وهى: أن المستهلكين لديهم معلومات كاملة وأن قدرة الموارد على التحرك كاملة، وأن المرضى ومقدمى الخدمات لديهم حافز لتخفيض تكالبف شراء وتقديم الخدمات الصحية، وتتمثل أهم الشروط التنافسية التي لا تتوافر في الخدمات الصحية في :-

أ- أن المستهلكين تنقصهم المعلومات المتعلقة بالتشخيص وحاجات العلاج ونوعية مختلف مقدمى الخدمات والأسعار التي يطلبها مختلف مقدمى الخدمات .

ب-توجد حواجز انتقال الموارد ممثلة في القيود المفروضة على المهام المسموح بأدائها لكل مهنة طبية والدخول إلى المهن الصحية ودخول المؤسسات في الأسواق المؤسسسية المختلفة .

ج- انخفاض حوافز المرضى ومقدمى الخدمة لتخفيض تكاليف الخدمات الصحية وبسبب شراء غطاء تأمينى زائد نتيجة الاستقطاع الضريبى بالنسبة للعاملين لديهم، واعتماد مقدمى الخدمة على السداد بناء على التكاليف من خلال طرف ثالث مثل الحكومة .[١]

ويتمثل اثر حواجز دخول المهنة ونقص المنافسة السعرية في أن الأسعار التي يدفعها المرضى مقابل الخدمات الصحية لاتعكس

١-FELDSTEIN. P. J. *Health Care Economics*. Second Edition, John Willey &, Sons, New York, ١٩٨٣,٩٥-١٠٠

التقييم الحدى لاستخدام هذه الخدمات ويزيد استخدام المرضى للخدمات الصحية عندما يكون التأمين مدعماً (سواء من الحكومة أو من خلال الاستقطاع الضريبى) على ما كان يمكن أ، يرغبوا في دفعه مقابل هذه الرعاية إذا كانوا سيدفعون الثمن كاملاً وكذلك فإن السعر المدفوع للخدمات الصحية عن طريق طرف ثالث، أو الحكومة و المرضى (سواء من خلال الدفع المباشر أو من خلال الضرائب) يزيد على ادنى تكلفة لتقديم هذه الخدمة الصحية .

وفى القطاع المؤسسى يؤدى نقص معلومات المستهلكين وموانع الدخول إلى زيادة الأسعار عن التكلفة المتوسطة. وتستطيع المستشفيات تسعير خدماتها بحيث تدعم مختلف الخدمات والمرضى.

وتشير قدرتها على التسعير حسب مرونة طلب المرضى (مثل الطبيب) على نقص المنافسة السعرية وأدى التأمين الزائد على المرضى والسداد لمقدمى الخدمات بناء على التكاليف إلى انتفاع غير مناسب وقلق على الكفاءة والإفراط في تضاعف التسهيلات وسرعة ارتفاع التكاليف الطبية.

وهكذا يتضح أن هناك قصوراً في سوق الخدمات الصحية وكان بعضها ناتجاً عن تدخل الحكومة، ويرجع هذا القصور هو وضع قيود على دخول المهنة وتقديم المعلومات والمنافسة السعرية في توفير الحماية للمستهلك .[1]

---

١ - مجلس الشورى المصرى ، مستقبل الرعاية **الصحية فى مصر والتوجه القومى للتأمين الصحى الاجتماعى**، القاهرة ، ١٩٩٦، ص ص ٧٥-٨٠.

ثانياً :- دالة الانتاج في القطاع الصحي:

يتطلب توزيع الموارد على مجموعة المدخلات الأقل تكلفة لتحقيق تحسن مستويات الصحة إدراك مفهوم دالة إنتاج الصحة حيث تصف دالة الإنتاج العلاقة بين توليفات المدخلات والناتج المحقق، ويجب تمييزها عن منحنى إمكانات الإنتاج الذي يصف الموازنة بين المدخلات المختلفة من مجموعة محددة من الموارد .إذ يمكن إنتاج الصحة باستخدام توليفات مختلفة من المدخلات، ويفترض في الدراسات التجريبية لدوال إنتاج الصحة أن العلاقات المقدرة كفوؤة فنياً واقتصادياً؛ أي أن المدخلات تحقق أقصى ناتج ممكن حيث يتم الإنتاج بأقل قدر ممكن من المدخلات (الموارد) ويهتم الاقتصادي (وصانع السياسة) بتحديد توليفة المدخلات الأكفأ اقتصادياً – أي الأقل تكلفة - لإنتاج مستوى محدد من منتج الصحة .وقبل أن يتم تحديد توليفة مدخلات الإنتاج الأقل تكلفة لإنتاج مستوى معين من الصحة، لابد من تحديد دالة إنتاج الصحة أولاً .وبمجرد تحديد هذه الدالة والحصول على تقديرات للآثار الحدية لكل من مدخلات الإنتاج على الصحة يصبح من الممكن المقارنة بين زيادة الإنفاق على مدخلات الإنتاج المختلفة، وبالتالي تحسين عملية تخصيص الموارد لتحسين الإنتاج الصحي، ويتم ذلك بمجرد أن تتاح معلومات عن تأثير كل برنامج صحي والتكاليف النسبية لزيادة حجمه على مستوى الصحة.

وإجمالاً يمكن القول أن دالة إنتاج الصحة هي أداة تحليلية لتحديد كيفية تخصيص الموارد بين البرامج المختلفة والبديلة لتحقيق تحسن في مستوى الصحة

وتتضمن هذه الطريقة التحليلية خطوتين هما:-

أولاً:- تحديد المعلومات المطلوبة.

ثانياً :- كيفية استخدام تلك المعلومات لتخصيص الموارد.

الناتج الكلي في دالة إنتاج الصحة :

وتتمثل الخطوة الأولى في استخدام دالة إنتاج الصحة لاتخاذ قرارات التخصيص في تحديد دالة معينة – أي تعريف الناتج (الهدف) الذي يجب تحقيقه والبدائل المختلفة لتحقيقه، ولكي يتم تحديد هذه المجموعة من البدائل فلابد من تحديد وتعريف الناتج المرغوب بوضوح .فعلى سبيل المثال؛ إذا كان الهدف(الناتج) المرغوب عاماً مثل زيادة صحة السكان، فإن البدائل ستكون أيضاً عامة إلى حد ما، مثل تحسين البيئة، وتحسين التغذية، والتركيز على الرعاية الوقائية، وتحسين سبل الحصول على الخدمات الصحية، وتحسن العادات الصحية الشخصية.

أما بالنسبة لصانعي السياسات، فإن هذه السياسات البديلة ليست محددة بما يكفي لايضاح أي البرامج البيئية أو الوقائية أو العلاجية التي يجب تنفيذها من أجل تحقيق تأثيرات إيجابية على المستويات الصحية لمجموعات سكانية معينة . وإذا لم يتم تحديد الهدف الصحي وفقاً للمجموعات العمرية والنوعية (وربما الموقع أو المنطقة الجغرافية) فإنه لن يمكن تحديد المشروع الذي سيحقق أكبر أثر إيجابي على مستوى الصحة، مثل برنامج مراقبة السرطان أوبرنامج صحة الأم والطفل.[١]

---

١ ـ طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مكتبة المدينة ، القاهرة ، الطبعة الثانية ، ٢٠٠٠ ، ص ٣٦٤ .

ويعتبر المهنيون الصحيون وغيرهم من المتخصصين في البـــرامج الصحية أكثر قدرة من غيرهم على تحديد البرامج الصحية البديلة لزيـــادة المستوى الصحي لمجموعـــة ســـكانية أو عمريـــة أو نوعيـــة محـــددة . وباستخدام نماذج التعظيم، يستطيع الاقتصاديون تحديـــد كيفيةتخصـــيص الاعتمادات المالية المحدودة التي تم رصدها للقطاع الصحي بين البـــرامج البديلة لتحقيق أكبر زيادة ممكنة في مستوى الصحة.

ويتضح الأسلوب الأنسب الذي يجب أن يستخدم لتخصيص المـــوارد بين البرامج البديلة من أجل تحقيق أقصى زيادة ممكنة للهدف . فبافتراض أن هدف السياسة يتمثل في تخفيض معدل وفيات الرضع، فما هي أنـــواع البرامج التي يجب زيادة الإنفاق عليها لتحقيق هذا الهـــدف؟ ومـــن أجـــل التوضيح، سنفترض وجود برنامجين فقط لتحقيق هذا الهدف (خفض معدل وفيات الرضع)، أحدهما يتمثل في إنشاء وحدات إضافية للعناية المركزة في بعض المستشفيات للأطفال المصابين بحالات مرضية شـــديدة الخطـــورة، والثاني يتمثل في زيادة الاعتمادات المالية لتمويـــل بـــرامج صـــحة الأم والطفل(للحوامل والأطفال حتى عمر خمس سنوات) في المنـــاطق التـــي تعاني من قصور في الخدمات الصحية . وتوضح الطريقـــة التاليـــة نـــوع المعلومات والتحليل المطلوب لتحديد أفضل أسلوب لتخصـــيص المـــوارد (الاعتمادات المالية) بين هذين البرنامجين.

الناتج الكلى في دالة انتاج الصحة :

تتمثل الخطوة الاولى في استخدام دالة انتاج الصحة لاتخاذ قرارات التخصيص في تحديد دالة معينة – أى تعريف الناتج (الهدف) الذي يجب تحقيقه والبدائل المختلفة لتحقيقه، ولكى يتم تحديد هذه المجموعة من

البدائل فلابد من تحديد وتعريف الناتج المرغوب بوضوح . فعلى سبيل المثال؛ إذا كان الهدف) الناتج (المرغوب عاماً مثل زيادة صحة السكان، فإن البدائل ستكون أيضاً عامة إلى حد ما، مثل تحسين البيئة، وتحسين التغذية، والتركيز على الرعاية الوقائية، وتحسين سبل الحصول على الخدمات الصحية، وتحسن العادات الصحية الشخصية.

أما بالنسبة لصانعي السياسات، فإن هذه السياسات البديلة ليست محددة بما يكفي لايضاح أي البرامج البيئية أو الوقائية أو العلاجية التي يجب تنفيذها من أجل تحقيق تأثيرات إيجابية على المستويات الصحية لمجموعات سكانية معينة . وإذا لم يتم تحديد الهدف الصحي وفقاً للمجموعات العمرية والنوعية) وربما الموقع أو المنطقة الجغرافية (فإنه لن يمكن تحديد المشروع الذي سيحقق أكبر أثر إيجابي على مستوى الصحة، مثل برنامج مراقبة السرطان أو برنامج صحة الأم والطفل .

ويعتبر المهنيون الصحيون وغيرهم من المتخصصين في البرامج الصحية أكثر قدرة من غيرهم على تحديد البرامج الصحية البديلة لزيادة المستوى الصحي لمجموعة سكانية أو عمرية أو نوعية محددة .وباستخدام نماذج التعظيم، يستطيع الاقتصاديون تحديد كيفية تخصيص الاعتمادات المالية المحدودة التي تم رصدها للقطاع الصحي بين البرامج البديلة لتحقيق أكبر زيادة ممكنة في مستوى الصحة.

ويتضح الأسلوب الأنسب الذي يجب أن يستخدم لتخصيص الموارد بين البرامج البديلة من أجل تحقيق أقصى زيادة ممكنة للهدف . فبافتراض

أن هدف السياسة يتمثل في تخفيض معدل وفيات الرضع، فما هي أنواع البرامج التي يجب زيادة الإنفاق عليها لتحقيق هذا الهدف؟ ومن أجل التوضيح، سنفترض وجود برنامجين فقط لتحقيق هذا الهدف(خفض معدل وفيات الرضع)، أحدهما يتمثل في إنشاء وحدات إضافية للعناية المركزة في بعض المستشفيات للأطفال المصابين بحالات مرضية شـديدة الخطـورة، والثاني يتمثل في زيادة الاعتمادات المالية لتمويـل بـرامج صـحة الأم والطفل(للحوامل والأطفال حتى عمر خمس سنوات) في المنـاطق التـي تعاني من قصور في الخدمات الصحية .وتوضح الطريقـة التاليـة نـوع المعلومات والتحليل المطلوب لتحديد أفضل أسـلوب لتخصـيص المـوارد (الاعتمادات المالية) بين هذين البرنامجين. [١]

ناتج كلى للصحة

---

١ - بول فلدستين ، ترجمة محمد حامد عبد الله ، اقتصاديات الرعاية الصحية ، مطابع جامعة الملك سعود ، الرياض ، ٢٠٠٢ ، ص ٢٥.

حجم البرنامج

و= صفر

م١ م٢ م٣ م٤

ويوضح الشكل التالى العلاقة بين زيادة الإنفاق على كل من هــذين البرنامجين وأثرهما على معدلات وفيات الأطفال فعنــدما يكــون البرنـــامج صغيراً نسبياً فإن المدخلات الاضافية المخصصة لذلك البرنامج يحتمــل أن تحقق زيادات كبيرة نسبياً في ناتج البرنامج (أى انخفاض معدلات وفيـــات الرضع) وكلما تم تخصيص موارد إضافية لذلك البرنامج فسيستمر النـــاتج في الإزدياد ولكن بمعدل متزايد في المراحل الأولية للبرنامج وبعد ذلك يبدأ تدريجياً بالتزايد بمعدل متناقص وذلك لأنه في نهاية الأمر ســوف تــزداد صعوبة العثور على أطفال إضافيين مصــابين بحــالات مرضــية شــديدة الخطورة، كما يتضح من إنشاء وحدات عناية مركزة إضافية، إذ أ، وضـــع وحدة عناية مركزة ثالثة للرضع في منطقة قد يؤدى إلى انخفاض استخدام الوحدات الثلاث حتى لو كانت الوحدتان السابقتان تستخدمان بالكامل، وهكذا فإنه بإنشاء الوحدة الاضافية الثالثة سينخفض متوسط إنتاج وحدة العنايـــة المركزة .

أو حتى إذا لم ينخفض اسخدام الوحدة الواحــدة قــد تســتقبل هــذه الوحدات أطفالاً مصابين بأمراض اقل خطورة بالمقارنة مع أولئــك الــذين كانوا يستقبلون عندما لم توجد سوى وحــدتين فقــط للعنايـــة المركـــزة. وبالنسبة لبرامج صحة الام والطفل ففى المراحل الاولية ستقدم هذه البرامج الرعاية للمرضى (الأمهات الحوامل والاطفال حتى عمر خمس سنوات)

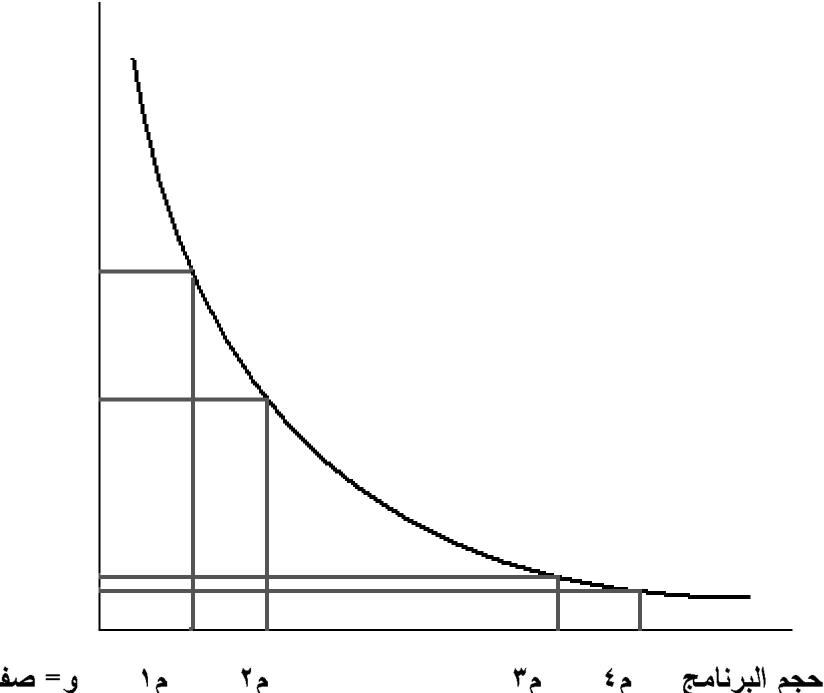
الذين هم بحاجة كبيرة للرعاية .وكلما تم تخصيص المزيد من الموارد لصحة الأم والطفل، فإما أن يصبح العثور على أفراد بحاجة كبيرة إلى هذ البرنامج أكثر تكلفة، أو أن تبدأ هذه البرامج بتقديم الرعاية لأشخاص حاجتهم أقل لهذا النوع من الرعاية .وفي كلتا الحالتين سيبدأ ناتج البرنامج لكل وحدة من وحدات مدخلات إنتاجه في الانخفاض مع تزايد حجم البرنامج .ولذا فمن الخطأالافتراض أن هناك علاقة ثابتة (أي علاقة خطية) بين مدخلات البرنامج ومخرجاته .إذ أن الموارد الإضافية المنفقة على البرامج الصحية قد لا تحقق الزيادة نفسها في الناتج النهائي كالزيادات السابقة في نفقات البرنامج.

الناتج الحدى في دالة الانتاج الصحية :

هناك طريقة أخرى لتوضيح كيف يؤدى اسلوب التخصيص أعلاه إلى تحقيق أكبر زيادة في الناتج الكلى تتمثل في دراسة وتحديد العلاقات الحدية بين اجمالى مدخلات ومخرجات البرامج المختلفة .

وتتضح التغيرات الحدية بين إجمالى مدخلات ومخرجات كل برنامج في الشكل التالى وهذه العلاقات الحدية التي تعكس التغير في الناتج الكلى نتيجة زيادة وحدة من مدخلات البرنامج تنخفض في النهاية بزيادة حجم البرنامج للسبب نفسه الذي أدى زيادة مدخلات البرنامج، تنخفض في النهاية بزيادة حجم البرنامج للسبب نفسه الذي أدى زيادة منحنى الناتج الكلى بمعدل متناقص .





الناتج المتوسط في دالة إنتاج الصحة :

نظراً لأن الدراسات التجريبية التي أجريت على العلاقة بين الناتج الكلى للبرامج ومدخلاته ليست متاحة دائماً، فإنه يصعب وضع تقديرات للآثار الحدية لزيادة موارد البرامج إلا أنه من المحتمل أن تتوفر البيانات عن الناتج الكلى للبرنامج وإجمالى نفقاته. ولذلك يستطيع المحللون حساب النواتج المتوسطة للبرنامج الصحي (الناتج الكلى / المدخلات الكلية). ونظراً لتوافر المقاييس المتوسطة بدرجة كبيرة، فهي تستخدم عادةً كأساس للمقارنة بين منافع البرامج المتنافسة وتخصيص الموارد فيما بينها .ولكن استخدام هذه المقاييس المتوسطة اقتصادياً يمكن أن يؤدي إلى تخصيص غير سليم للموارد بين البرامج الصحية .

ثالثاً :- حجم الانفاق على الرعاية الصحية في العالم

يتكون الانفاق العام على الصحة من الانفاق المتكرر والانفاق الرأسمالى من الميزانيات الحكومية والقروض والمنح الخارجية (بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية) وصناديق التأمينات الصحية والاجتماعية أو الاجبارية .

ويعبر اجمالى الانفاق على الرعاية الصحية عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة وهو يغطى تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم المايه والصرف الصحي .

الدولة	١٩٩٩	٢٠٠٠	٢٠٠١	٢٠٠٢	٢٠٠٣	٢٠٠٤	٢٠٠٥	٢٠٠٦	٢٠٠٧	٢٠٠٨	٢٠٠٩	٢٠١٠
إثيوبيا	٤.٥	٤.٣	٤.٧	٤.٧	٤.٩	٤.٣	٤.١	٤.٢	٤.٨	٤.٣	٤.٤	٤.٩
أذريبيجان	٥.٤	٤.٧	٤.٥	٤.٥	٦.٦	٧.٩	٧.٨	٦.١	٥.٠	٤.٣	٥.٨	٥.٩
أرمينيا	٦.٣	٦.٥	٦.٨	٥.٧	٥.٧	٥.٨	٤.٩	٤.٢	٣.٩	٣.٨	٤.٦	٤.٤
إريتريا	٤.٧	٥.٣	٥.١	٤.٤	٤.١	٣.٨	٣.٠	٣.١	٣.٢	٤.٣	٢.٨	٢.٧
اسبانيا	٧.٣	٧.٢	٧.٢	٧.٣	٨.٢	٨.٢	٨.٣	٨.٣	٨.٥	٩.٠	٩.٦	٩.٥
استراليا	٧.٨	٨.٠	٨.١	٨.٤	٨.٣	٨.٥	٨.٤	٨.٥	٨.٥	٨.٧	٨.٧	٨.٧
اسرائيل	٧.٣	٧.٣	٧.٨	٧.٧	٧.٧	٧.٦	٧.٦	٧.٤	٧.٤	٧.٥	٧.٦	٧.٦
افغانستان	٦.٧	٨.٣	٩.٠	٧.٥	٨.٤	٨.٧	٨.٨	٦.٨	٧.٣	٧.٠	٧.٦	٧.٦
اكوادور	٤.٧	٤.٢	٤.٦	٤.٩	٤.٩	٥.١	٥.٢	٦.٧	٧.٠	٧.٠	٨.٨	٨.١
الارجنتين	٩.١	٩.٠	٩.٤	٨.٣	٨.٣	٨.٣	٨.٥	٨.٥	٨.٤	٨.٤	٩.٥	٨.١
الاردن	٩.٤	٩.٧	١٠.٠	٩.٩	٩.٥	٩.٥	٨.٩	٨.٢	٨.٤	٨.٥	٩.٦	٨.٠
الامارات	٣.٨	٣.٢	٣.	٣.٤	٣.٢	٢.٩	٢.٧	٢.٣	٢.٥	٣.٠	٤.٤	٣.٧
ألبانيا	٥.٨	٦.٤	٦.٠	٦.٣	٦.٢	٦.٩	٦.٨	٦.٧	٦.٩	٦.٧	٦.٩	٦.٥
البحرين	٤.٧	٣.٩	٤.٣	٤.٤	٤.٢	٣.٩	٣.٧	٣.٥	٣.٦	٤.٢	٤.٧	٥.٠
البرازيل	٧.١	٧.٢	٧.٣	٧.٢	٧.٠	٧.١	٨.٢	٨.٥	٨.٥	٨.٣	٨.٨	٩.٠
البرتغال	٨.٢	٨.٨	٨.٨	٩.٠	٩.٧	١.٠	١٠.٢	١٠.١	١٠.٠	١٠.١	١٠.٧	١١.٠

البوسنة والهرسك	٨.٧	٧.١	٧.٢	٧.١	٨.٠	٩.٢	٩.١	٩.٣	٩.٨	١٠.٣	١٠.٩	١١.١
الجزائر	٣.٩	٣.٥	٣.٨	٣.٦	٣.٦	٣.٧	٣.٥	٣.١	٣.١	٣.٧	٤.٦	٤.٢
سوريا	٥.٢	٤.٩	٤.٩	٥.٠	٥.١	٤.٥	٤.١	٣.٨	٣.٨	٣.٤	٣.٥	٣.٤
اليمن	٤.٧	٤.٥	٤.٨	٤.٧	٥.٧	٥.٣	٤.٩	٥.٣	٥.٣	٥.٤	٥.٥	٥.٢
السودان	٣.٨	٣.٤	٣.٥	٣.٦	٣.٨	٤.١	٤.٠	٤.٩	٤.٤	٦.٩	٧.٣	٦.٣
الصين	٤.٥	٤.٦	٤.٦	٤.٨	٤.٨	٤.٧	٤.٧	٤.٦	٤.٤	٤.٦	٥.١	٥.١
الكويت	٣.٨	٢.٦	٣.٧	٣.٧	٣.٣	٢.٨	٢.٤	٢.٣	٢.١	١.٩	٣.٨	٢.٦
السعودية	٣.٣	٤.١	٤.٣	٤.٥	٤.٠	٣.٧	٣.٥	٣.٨	٣.٨	٣.٢	٤.٤	٤.٣
المملكة المتحدة	٦.٩	٧.٠	٧.٣	٧.٦	٧.٨	٨.٠	٨.٣	٨.٥	٨.٤	٨.٩	٩.٨	٩.٦
اليابان	٧.٥	٧.٧	٧.٩	٨.٠	٨.١	٨.٠	٨.٢	٨.٢	٨.٢	٨.٥	٩.٥	٩.٥
الولايات المتحدة	١٣.٤	١٣.٤	١٤.١	١٤.٨	١٤.٦	١٤.٧	١٤.٧	١٥.٩	١٦.١	١٦.٥	١٧.٦	١٧.٩
مصر	٥.٣	٥.٤	٥.٨	٦.١	٥.٨	٥.٥	٥.٢	٥.٣	٤.٩	٤.٨	٤.٨	٤.٧

وبتحليل الجدول التالى نلاحظ أن نسبة الانفاق على الرعاية الصحية تختلف من دولة لأخرى كنسبة من الناتج المحلى فوفقاً لاحصائيات ٢٠١٠ نجد الاتى:-

- تنفق مصر ٤.٧%
- وتنفق اسبانيا٩.٥%
- وتنفق استراليا٨.٧%
- وتنفق اسرائيل ٧.٦%
- وتنفق الولايات المتحدة ١٧.٩%
- وتنفق اليابان ٩.٥%
- وتنفق السعودية ٤.٣%
- وتنفق الصين ٥.١%
- وتنفق السودان ٦.٣%

- وتنفق الكويت ٢.٦%

حجم الانفاق على الرعاية الصحية في بعـض دول العـالم كنسـبة مئوية(%) من الناتج المحلى

http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?page=٢

:source

جدول يوضح حجم انفاق القطاع العام(%) من اجمالى المنفق على الصحة في بعض الدول طبقاً لبيانات البنك الدولى في الفترة من ١٩٩٩ حتى ٢٠١٠

الدولة	١٩٩٩	٢٠٠٠	٢٠٠١	٢٠٠٢	٢٠٠٣	٢٠٠٤	٢٠٠٥	٢٠٠٦	٢٠٠٧	٢٠٠٨	٢٠٠٩	٢٠١٠
إثيوبيا	٤٦.٦	٥٣.٦	٥٧.١	٥٤.٠	٥٧.٩	٥٧.٢	٦٠.٩	٥٥.٣	٥٦.٧	٥١.٩	٥٣.٥	٥٢.٩
أذربيجان	١٨.٤	١٨.٦	١٨.٩	١٧.٧	١٢.٦	١٣.٠	١١.٢	١٤.٠	١٩.٢	١٨.٩	٢٢.٩	٢١.٩
أرمينيا	٢٨.٣	١٨.١	٢٦.٧	٢٥.٢	٢٧.٣	٢٥.٤	٣٠.٤	٣٨.٠	٤١.٦	٤٤.٥	٤٣.٥	٤٠.٥
إريتريا	٤٢.٨	٣٩.١	٣٨.٧	٤٤.٣	٤٠.٠	٤١.٩	٣٨.٨	٤٥.٦	٤٥.٣	٥٦.٩	٤٤.٦	٤٥.٢
اسبانيا	٧٢.٠	٧١.٦	٧١.٢	٧١.٣	٧٠.٤	٧٠.٦	٧١.٠	٧١.٦	٧١.٩	٧٣.٢	٧٤.٧	٧٤.٢
استراليا	٦٨.٤	٦٦.٨	٦٦.٣	٦٦.٩	٦٦.١	٦٦.٧	٦٦.٩	٦٦.٦	٦٧.٥	٦٧.٩	٦٨.٥	٦٨.٥
اسرائيل	٦٥.٩	٦٣.٧	٦٢.٦	٦٣.٨	٦٤.٥	٦٤.٠	٦٢.٩	٦٢.٦	٦٠.٩	٦١.٧	٦٢.٤	٦١.٧
افغانستان	–	–	–	٦.٧	٦.٥	١٠.٥	٩.٢	١٢.٤	١٠.٩	٦.١	٢٢.٥	٢٢.٥
اكوادور	٣٩.٤	٣١.٢	٣٤.٥	٣٣.٧	٢٥.٠	٢٧.٢	٢٧.٧	٣١.٦	٣٤.٤	٣٦.١	٣٧.٥	٤٠.٢
الارجنتين	٥٥.١	٥٣.٩	٥٤.٠	٥٣.٦	٥١.٧	٥١.٥	٥٣.٥	٥٤.٧	٥٨.٢	٦١.٨	٦٦.٠	٦٤.٤
الاردن	٥٣.٣	٤٨.٠	٤٨.٣	٤٩.٩	٤٩.٤	٥٢.٩	٥٢.٨	٥٤.٨	٥٩.٨	٦١.٨	٧٠.٢	٦٧.٦
الامارات	٧٧.٤	٧٦.٧	٧٨.٣	٦٣.١	٦٣.٢	٥٩.١	٥٩.٠	٥٩.٤	٥٩.٦	٦٥.٩	٧٦.٦	٧٣.٠
ألبانيا	٤٣.٣	٣٦.١	٣٨.٢	٣٦.١	٣٥.٩	٤٢.٠	٤٤.٠	٤٤.٣	٤٣.١	٤٤.٧	٤٤.٩	٤٢.٢
البحرين	٦٩.٢	٦٧.٥	٦٧.٠	٦٦.٦	٦٦.٩	٦٧.٢	٦٨.١	٦٨.٨	٧٠.٧	٧٣.١	٧٢.٢	٧١.١
البرازيل	٤٢.٧	٤٠.٣	٤٢.٣	٤٤.٦	٤٤.٤	٤٧.٠	٤٠.١	٤١.٧	٤١.٨	٤٢.٨	٤٣.٦	٤٧.٠
البرتغال	٦٧.٦	٦٦.٣	٦٧.٠	٦٨.٦	٦٨.٧	٦٨.١	٦٨.٠	٦٨.٨	٧٠.٧	٦٥.٣	٦٦.٥	٦٥.٨
البوسنة والهرسك	٥٤.٤	٥٧.٦	٦٠.٧	٦٣.٣	٦٩.٢	٥٧.٢	٥٧.٣	٦٠.١	٦٣.٧	٦٧.٧	٦٨.١	٦٨.١
الجزائر	٦٩.٤	٧٣.٣	٧٧.٤	٧٧.٣	٧٨.٧	٧١.١	٧٢.١	٧٤.٤	٧٧.٣	٧٩.٥	٧٩.٢	٧٩.٩
سوريا	٣٨.٤	٤٠.٤	٤٤.٢	٤٥.٨	٤٨.٢	٤٨.٠	٥٠.٥	٤٨.٥	٤٩.١	٤٦.٥	٤٦.٠	٤٦.٠
اليمن	٤٩.٩	٥٣.٨	٥٣.٣	٥١.٢	٤٥.٨	٣٧.٩	٣٣.٩	٣١.٦	٢٩.٧	٣١.٠	٢٣.٥	٢١.٠
السودان	١٩.٨	٢٧.٤	٢٧.٨	٢٨.٤	٢٩.٨	٣٢.٢	٣٤.٦	٣٣.٣	٣٣.٣	٣٣.١	٢٩.٦	٢٧.٦
الصين	٤٠.٩	٣٨.٣	٣٥.٦	٣٥.٨	٣٦.٢	٣٨.٠	٣٨.٨	٤٠.٧	٤٦.٩	٤٩.٩	٥٢.٥	٥٤.٣
الكويت	٧٩.٤	٧٦.٠	٨١.٤	٧٩.٠	٨٠.٢	٧٩.٧	٧٩.٨	٨١.١	٧٨.٧	٧٨.٣	٨٥.٤	٨٠.٤

السعودية	٦٧.٩	٧١.٦	٧٢.١	٧١.٩	٧٢.٠	٧١.٧	٧٢.٨	٧٤.٧	٧٢.٣	٦٦.٩	٦٥.٩	٦٦.٠
المملكة المتحدة	٨٠.٦	٧٨.٨	٧٩.٥	٧٩.٦	٧٩.٨	٨١.٢	٨١.٧	٨١.٣	٨١.٢	٨٢.٥	٨٣.٤	٨٣.٢
اليابان	٨٠.٧	٨٠.٨	٨١.٤	٨١.٣	٨٠.٤	٨٠.٨	٨١.٦	٧٩.٤	٨٠.٤	٨٠.٨	٨٠.٥	٨٠.٣
الولايات المتحدة	٤٣.١	٤٣.٢	٤٤.٢	٤٤.١	٤٣.٨	٤٤.١	٤٤.٢	٤٥.٠	٤٥.٢	٤٦.٠	٤٧.٣	٤٨.٢
مصر	٤٠.٤	٤٠.٥	٤٠.٥	٤٠.٣	٣٨.٤	٣٨.٣	٣٩.٥	٤٣.٩	٤١.٤	٤٢.٢	٤١.٦	٣٩.٢

http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?page=٢

:source

وبالنظر للجدول السابق أيضاً يمكن الوقوف على ماتخصصه كل دولة للانفاق على القطاع العام في مجال الصحة وفقاً لإحصائيات ٢٠١٠ حيث يلاحظ الاتى:-

- **تخصص الولايات المتحدة نسبة ٤٨.٢%**
- **تخصص مصر ٣٩.٢%**
- **تخصص اليابان ٨٠.٣%**
- **تخصص المملكة المتحدة ٨٣.٢%**
- **تخصص السعودية ٦٦%**
- **تخصص الكويت ٨٠.٤%**
- **تخصص الصين ٥٤.٣%**
- **تخصص استراليا ٦٨.٥%**
- **تخصص اسرائيل ٦١.٧%**
- **تخصص الاردن ٦٧.٦%**
- **تخصص الامارات ٧٣%**

- تخصص السودان ٢٧.٦%
- تخصص الامارات ٧٣%
- تخصص الاردن ٦٧.٦%
- تخصص الارجنتين ٦٤.٤%
- تخصص البحرين ٧١.١ %

ومن خلال هذا التحليل نخلص الى وجود دول تعتمد على القطاع العام في تمويل الرعاية الصحية والانفاق عليها خاصة في دول مثـــل الولايـــات المتحدة واليابان وان المواطن صحتة اغلى من اى شى أخر والدولة هـــي المنوطة بالحفاظ على صحتة وتوفيرها بتكلفة متدنية مقارنة بـــدول مثـــل اليمن التي تنفق ٢١ % ومصر التي تنفق ٣٩% مما يعنى مـــدى اهميـــة وأدمية المواطن في الدول المتقدمة مقارنة بالدول المتخلفة .

رابعاً:- مؤشرات الوضع الصحي في مصر مقارنة بدول العالم

يعتمد الخبراء مؤشرات محددة لقياس مستوى الرعاية الصـــحية فـــي الدول، وهذه هي نتائج مصر طبقا لأحدث قياسات هـــذه المؤشـــرات عـــام ٢٠١١:-

١- متوسط العمر المتوقع (٧٠.٥ سنـــة) تعتبر اليابان هي الأولى عـــلى العالم بمتوسط ٨٣,٢ سنة وأفغانستان الأخيرة بمتوســـط ٤٤,٦سنة وتحتل مصر المرتبة ال١٠٥ في هذا المؤشر..ويلزمنا أن نرتفع بالمؤشر لمتوسط ٧٨ سن حتى نكون الأفضل عربيا..فى هذه الحالة سيقفز ترتيبنا للمرتبة ال ٣٦.

٢- عدد أسرة المستشفيات بالنسبة لعدد السكان (١٧ سريرا لكل ١٠٠٠٠مواطن) وتعتبر اليابان هي الأولى على العالم بعدد ١٢٧ سريرا لكل ١٠٠٠٠ مواطن وبنجلاديش الأخيرة بعدد ٤ أسرة لكل ١٠٠٠٠ مواطن وتحتل مصر المرتبة ال٥٦ في العالم في هذا المؤشر..لا تتوفر إحصاءات دقيقة لمعظم الدول العربية في هذا المؤشر..لكن اسرائيل تحتل المركز ال ٢٢على العالم بعدد ٦٠ سرير لكل ١٠٠٠٠ مواطن.

٣- عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان :(طبيب واحد لكل ٣٥٧ مواطن) يتراوح العدد في الدول المتقدمة بين طبيب لكل ٤٠٠ – ٢٥٠ مواطن بينما في دولة مثل أنجولا يوجد طبيب واحد لكل ١٣ ألف مواطن. وتحتل مصر المرتبة رقم٣٣ في العالم في هذا الصدد..وهو المؤشر الوحيد الذي تتصدر فيه الدول العربية والافريقية .

٤- نسبة وفيات الأطفال في السنة الأولى بعد الولادة (١٩,٤ طفلا بين كل ألف طفل) الأفضل هي هونج كونج ٢,٥ :طفلا والأسوأ هي أنجولا ١٩٢,٥ :طفل مصر في المركز ال ٥٤على العالم ويمكن أن تصل للمركز التاسع عشر على العالم إذا انخفضت النسبة مثل اسرائيل ل ٤,٤ طفل بين كل ألف طفل .

٥- نسبة وفيات النساء لأسباب متعلقة بالحمل أوالولادة (٨٢ حالة وفاة لكل ١٠٠ ألف ولادة في المركز ال ١٠١على العالم) الأفضل هي اليونان :حالتان والأسوأ هي أفغانستان ١٤٠٠ :حالة ونحتاج أن نخفض العدد إلى ٨ حالات لكى نكون الأفضل عربيا وهو ما يؤهلنا للمركز ال ٣٨عالميا .

٦-نسبة السكان الذين تتوفر لديهم مياه نقية ٪٩٩ :مـــن الســـكان.. وتسبق مصر ٢٧ دولة تتوفر لمواطنيها الميـــاه النقيـــة بنســـبة ..٪١٠٠ بينما في دولة مثل الصومال لا تتوفر المياه النقية لأكثر من ٪٣٠ من السكان .. تحتل مصر المركز الثانى عربياً بعد لبنان في هذا المؤشر.

٧- حجم الإنفاق الحكومى على الصحة بالنســـبة لإجمـــالى الأنفـــاق الحكومى :تنفق مصر ٪٥,٩ من إجمالى الإنفاق الحكومى علـــى الصحة..هذا المؤشر هو الأسوأ بجدارة في مؤشراتنا..نحتل بـــه الترتيب رقم ١٦٦ على العالم الأفضل هي فنزويلا التي تنفق على الصحة % ٣٠,٨ من إجمالى المصاريف الحكومية والأسوأ هـــي ميانمار التي تنفق .(٪٠,٨ تسبقنا فـــي هـــذا المؤشـــر ١٠ دول عربية..ولو استطعنا أن نصعد بحجم الإنفاق إلـــى١٦,١ ســـنتبوأ المكانة الأولى عربيا وال ٢٨على العالم .

٨- نصيب الفرد من الإنفاق الكلى على الرعاية الصحية :(يبلغ نصيب الفرد المصرى من الإنفاق الكلى على الصحة ١١٢ دولارا ســـنويا في المركز رقم ١٢٥ عالميـــا)..الأفضـــل لوكســـمبورج ٨١٨٣ : دولارا..والأسوأ جمهوريـــة الكونغـــو الديموقراطيـــة ٣ :دولارات وتسبقنا هنا ١٢ دولة عربية..ولكى نكون في المقدمـــة عربيـــاً نحتاج للتقدم للترتيب ال ٣٠عالميا ب ١٧١٥دولارا لكل مواطن .

أهم المشاكل اليومية للمواطن المصرى فيما يخص الرعاية الصحية:

١- إفتقاد الشعور بالأمان للعجز عن تغطية نفقات العلاج الطارىء والعمليات الجراحية والأمراض المزمنة.

٢- الإحتياج للعلاج خارج مصر نتيجة قصور الكفاءة التشخيصية والعلاجية في الداخل.

٣- غياب العدالة في توزيع الخدمات الطبية على المواطنين.

٤- ضعف الثقة في الدواء المصرى.

٥- معاناة من طفح المجارى أو نقص مياه الشرب النظيفة والصرف الصحي وتراكم القمامة مما يؤدى لبيئة غير صحية تسهل إنتشار الأوبئة والأمراض.

٦- هجرة الأطباء بسبب ضعف العائد المادى الحكومى سواء إلى الخارج في دول أخرى أو إلى الداخل في القطاع الخاص.

٧- إختلاف الخبرة والآراء والأسعار ومستوى الممارسة وغلبة السلوك التجارى على القطاع الخاص.

٨- ضعف التدريب الطبى سواء في مرحلة الدراسة الجامعية أو بعد التخرج..خصوصا خارج المستشفيات التعليمية ومستشفيات القوات المسلحة.

٩- ضعف مستوى البحث العلمى.

١٠- التباين في مقومات العملية التعليمية بين كليات الطب.

١١- عجز أعداد الممرضات المؤهلات عن الوفاء باحتياجات السوق الطبى.

١٢-تكرار أزمات نقص بعض الأدوية الأساسية لعلاج المرضى المزمنين.
١٣-عدم وجود جهة واحدة حاكمة للخدمات الطبية نتيجة وجود مستشفيات جامعية ومستشفيات للقوات المسلحة خارج اطار وزارة الصحة.
١٤-تعدد المهام التي تقوم عليها نقابة الأطباء بخلاف مهمتها الأصلية..ألا وهى الدفاع عن مصالح الأعضاء وتنظيم شئون المهنة.
١٥-افتقاد جهة محايدة ضابطة تراقب الممارسة الطبية وتراجع أخطاء الأطباء وتحاسبهم عليها.
١٦-ضعف الوعى الصحي العام.
١٧-لجوء المرضى لغير المتخصصين لعلاج مشاكلهم الصحية.
١٨-إرتفاع نسب التلوث.
١٩-إرتفاع نسب الإصابة بالسرطان ونسب الوفيات من السرطان.
٢٠-إرتفاع نسب الإصابة بالأمراض المعدية وخصوصا الإلتهاب الكبدى الوبائى.
٢١-الإفتقار لخدمات المتابعة والفحص الدورى لكبار السن والمواطنين الأكثر عرضة لأمراض معينة.
٢٢-سوء استخدام الأدوية عموما والمضادات الحيوية خصوصا

٢٣- .قصور خدمات الإسعاف السريع عن الوفاء باحتياجات المواطنين بشكل مكافىء للمعايير الدولية.[1]

التحليل الاقتصادي والعلمى للوضع الصحي في مصر

يمكن تحليل الوضع الصحي الراهن في مصر من خلال النقاط الأتية لضرورة وضع رؤيا لتطوير هذا القطاع ولعل أهم هذه النقاط هي :-

١- ٦٠ مليار جنيها تقريباً هي مجموع ما ينفق على الرعاية الصحية في مصر سنويا .. وهو رقم ضعيف جدا لا يمكن أن يمول رعاية صحية جيدة بمقاييس العصر لشعب تجاوز تعداده ال ٩٠ مليون مواطن..معظم هذا المبلغ يخرج من جيوب المواطنين نظرا للتردى الشديد في الخدمات الصحية الحكومية إذ تساهم فقط ب ٤١٪ من هذه المصاريف من خلال ميزانية وزارة الصحة التي يتم توزيعها ما بين أجور وعلاج على نفقة الدولة واستثمارات في المستشفيات والبرامج.

لا توجد بنود ثابتة في الميزانية تنفق على :-

- تدريب الأطباء والممرضات
- مواجهة الأزمات الطارئة: نقص الأدوية – أوبئة مثل انفلونزا الطيور أو الخنازير – الكوارث الطبيعية
- النهوض بالوعى الصحي العام
- الحد من الإصابة بالسرطان والأمراض المعدية خصوصا الإلتهاب الكبدى الوبائى إضافة إلى هذا..لا توجد استراتيجية للتخلص

١- http://ar-ar.facebook.com/notes

تدريجيا من بند العلاج خارج الدولة الذي يستهلك أكثر من مليار جنيه من الميزانية السنوية..كذلك لا توجد استراتيجية لترشيد استخدام الأدوية التي تخطى سوء استخدامها نسبة ١٥٪ تهدر عشرات الملايين من الجنيهات سنويا.

٢- تسهم عدة عوامل في غياب العدالة الصحية في مصر.. منها التفاوت الطبقى والتباين في مستويات الدخول والثروات.. وقلة الإهتمام بالأقاليم والمركزية الزائدة للقاهرة بالنظر للجمهورية.. والمركزية الزائدة للمدن الكبرى بالنظر للقرى والمدن الأصغر والمراكز.. وتعدد الجهات المقدمة للخدمة .. وإرتباط الحصول على المزايا بشبكات العلاقات الإجتماعية والرشاوى والمحسوبيات والمصالح المتبادلة.

٣- لا تعانى مصر من نقص في عدد المستشفيات .. فقط إذا تم دمج جميع المستشفيات بما فيها المستشفيات الخاصة في الرعاية الصحية المتكاملة لكل أبناء الوطن.

٤- تفتقد الدولة المصرية بشكل عام أدوات الرقابة والشفافية وحماية المستهلك المحايدة المستقلة الموجودة في الدول الديموقراطية.. نتيجة لهذا لا يثق المجتمع في جودة العديد من منتجاته ومنها الدواء.. نتيجة لهذا يمارس العديد من الأطباء المهنة بمعايير تجارية بحتة أو بمعايير متخلفة عن خطوط الممارسة الحديثة أو بلا معايير أصلا .. نتيجة لهذا يفتقر البحث العلمى المصرى التميز المطلوب للنشر في الدوريات العلمية العالمية .. نتيجة لهذا كثيرا ما تثار علامات الإستفهام حول مصداقية إختبارات كليات الطب

٥- الهزال المهين في أجور الأطباء يعتبر إهدارا للمال والجهد والوقت الذي استثمر في إعدادهم بشكل خاص وفى بناء المنظومة الصحية بشكل عام..وهو إهدار كفيل بهدم المنظومة كلها..الأمر نفسه ينطبق بشكل أقل على الممرضات، ويضاف إليه بالنسبة لهن النظرة الدونية التي ينظرها العديد من الناس لهذه المهنة السامية..وهى نظرة أقل مما تستحقه وتحظى به في الدول المتقدمة.

٦- قصور وزارة الصحة في التواصل مع من خارجها أدى إلى ضعف الوعى الصحي العام نتيجة سطحية الخطاب الجماهيرى..وأدى إلى التأخر في متابعة أحدث ما وصل إليه الطب في العالم نتيجة قلة الإطلاع على التطورات في الدول الأكثر تقدما..وأدى إلى غياب التنسيق مع الوزارات والهيئات المحلية مما ضيع فرصا لتكامل الخدمات الصحية وتوفير المال العام والتخطيط لاستراتيجيات وقائية.

لذلك يجب تبنى خطة طموحة لتطوير القطاع الصحي خلال خمس سنوات تقوم على :-

١- الوصول بمجمل الإنفاق على الصحة في مصر في خلال ٥ سنوات ليصل ل ٢٥٦مليار جنيها بنصيب ٢٥٦٠ جنيها تقريبا لكل مواطن بدلا من ٦٧٢ جنيها في الوضع الحالى مع زيادة سنوية في حجم الإنفاق تتناسب مع المتغيرات الإقتصادية .

٢- مضاعفة الإنفاق الحكومى على الصحة ٣ مرات تقريبا في خلال سنتين ليبلغ ١٦٪ من حجم الإنفاق الحكومى بدلا من٥,٩٪ في الوقت الحالى .

٣- زيادة نصيب الإنفاق الحكومى على الصحة من مجمل الإنفاق على الصحة ليكون ٪٥٠ بدلا من ٪٤١ حاليا .

٤ -إعادة توزيع الإنفاق الحكومى على الصحة في إطار نظام واحد متكامل للتأمين الصحي يعفى محدودى الدخل والمعدمين من أية نفقات..ويقتطع ٪١٠ من دخل الموظفين الحكوميين متوسطى ومرتفعى الدخل..ويتعامل بنظام كفء عادل مرن مع مرتفعى الدخل من غير العاملين بالحكومة.

٥- توحيد ادارة الرعاية الصحية بكل قطاعاتها في كيان واحد.

٦- الإستفادة من كافة إمكانيات الدولة لخدمة المنظومة الصحية بما في ذلك القطاع الطبى الخاص.

٧- الربط بين الدخل والكفاءة..ينطبق هذا على الطبيب قدر ما ينطبق على المستشفى..وينطبق على المستشفى الخاص قدر ما ينطبق على المستشفى العام[١].

المطلب الثانى: الطلب والعرض في الاقتصاد الإسلامي:

أ- الحاجة تترجم في طلب ما يزيل ألماً أو يحقق لذة والحاجة ترتبط بمسألة الطلب، وإن الاقتصاد الإسلامي لا يقر إهمال الحاجة طالما لم تترجم في صورة طلب فهو يصنف الحاجات ويرتبها ثم يعبئ الموارد لإنتاج ما يشبع تلك الحاجات غير مقيد بالحاجز المالى، فإذا لم يكن لدى الفرد مال، فإن الدولة والجماعة مسئولة من خلال جهاز التحويلات المالية

١- http://ar-ar.facebook.com/notes

بمصادرة المتعددة عن إمداده بالأموال اللازمة للحصول على ما يشبع حاجته أو تقدمها له دون دفع ثمن [(١)].

ومهما يكن من أمر فلا خلاف حول قصور الطلب بمفهومه الوضعي حيث لا يعترف إلا بالقدرة المالية فحسب، مهما كانت تفاهة الحاجة أو عدم جديتها. ولا يعترف بالحاجة العارية عن المقدرة مهما اشتدت.

وهنا نتساءل: هل الفقير الذي ليس بيده مال وله حاجة حقيقية يدخل ويشترى ما يحتاجه في ظل نظام الحاجة الفعلية بدلاً من نظام الطلب الفعلى؟ وبأى مال يشترى؟ أنه طالما تم الشراء فقد وقع طلب ووجدت قدرة مالية.

وإذن فقد تحولت الحاجة إلى طلب. وبدونه ما كان ليحصل على حاجته من السوق اللهم إلا إذ قلنا أن البائعين في ظل النظام الإسلامي سوف يمدون الفقراء بما يحتاجونه دون دفع ثمن، وإذا صح هذا في حالات فردية فإنه لا يصح كنظام عام يسير عليه السوق. أى الفقير إذا لم يتأتى له المال فلن يستطيع إشباع حاجات من مؤسسات الإنتاج والعرض؟ فهل يعنى ذلك أن الأمر عاد كالاقتصاد الوضعي؟[(٢)]

لا فقد واجه الاقتصاد الإسلامي هذا الموقف من خلال أجهزة التحويلات المالية المستمرة والمتدفقة من الأغنياء إلى الفقراء، والتي تضمن توافر المقدرة الشرائية في أيدى الفقراء بالقدر الذي يمكنهم من

---

(١) د. شوقى أحمد دنيا ، مقدمة فى النظرية الإقتصادية من منظور إسلامى ، مطابع جامعة الأزهر ، القاهرة ، ٢٠٠١ ، ص ٨٠ .

(٢) (نفس المرجع السابق) ، ص ٨١ .

إشباع حاجاتهم الأساسية كما أن الدولة تتـولى بنفسـها تـوفير بعـض احتياجاتهم دون دفع ثمن منهم، وهى في الحقيقة تنوب عنهم بما لـديهم من قدرة شرائية ومالية. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن مـا يعيب الطلب في ظل الاقتصاد الوضعي من أنه لا يعبأ بنوعية الحاجة طالما ترجمت في شكل طلب أى دعمت بالمقدرة المالية، سوف تقضى عليه إلـى حد بعيد القيم الإسلامية والتشريعات التي تحكم عمليـة الإنتـاج ونوعيـة المنتجات من جهة وتحكم سلوك الفرد التي تحول بينه وبين الإسراف مـن جهة أخرى، وفى ظل تلك البيئة لن تجد طلبا ذا بال قائما على مجرد توافر القوة الشرائية بل يراعى فيه القيم والقواعد الإسلامية الحاكمة (١).

نخلص من ذلك بأن جوهر القضية لا يتمثل في كون مصطلح الطلب كافيا أو غير كاف، وفى استبداله بمصطلح الحاجة وإنما يتمثل فـي قيـام الطلب الفعلى على أساس من الحاجة الحقيقية بحث يستوعبها سـواء مـا جاء منها مدعماً بقوة شرائية ذاتية أو ما اكتسب تلك القوة الشرائية مـن أجهزة أخرى في الدولة وبحيث لا يظهر إلا بوجودها ولا يتسـع لرغبـات وشهوات لا تمثل حاجة فعلية.

وفى ظل تلك الضوابط لا نرى حرجاً من استخدام مصطلح الطلـب والعرض، والإبقاء عليه في التحليل الاقتصادي الإسلامي علـى الخـدمات الصحية، واتخاذ القرارات المناسبة بناء على النتائج المترتبة علـى هـذا التحليل الاقتصادي في ظل تطبيق النظرية الاقتصادية الجزئية والكلية.

---

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٨٢ .

المطلب الثانى: الإعتبارات التي يجـب مراعاتهـا والمتعلقـة بـالعرض والطلب للخدمات الصحية :

١- أن للخدمات الصحية وضعاً مميزاً لا يجعل منها سلعة مثل أى سلعة أخرى في المجتمع.

٢- أن ترك توفير الخدمات الصحية لآليات السوق لن يمكن من عرض الخدمات الوقائية والتعزيزية من طرف القطاع الخاص، باعتبار أن لهذه الخدمات صبغة عمومية، تستوجب تدخل الدولة لتفرع هـذه الخدمات التي تعتبر رئيسية للحفاظ على صحة الأفراد والمجتمع .

٣- أن عنصر الإلمام بخصائص السلع المقدمة في السوق مثل النوعية والتكلفة، والتي تحدد الطلب عليها لا يتوفر في سـوق الخـدمات الصحية وهذه من الأمور التي أدت على التأكيد على أهمية الـدور الموكول للدولة من خلال وزارة الصحة في الإدارة العامة والتنظيم لسوق الخدمات الصحية حفاظاً على نوعيتها وعلى تـوفير مبـدأ العدالة بين كل المواطنين في الحصول علـى الخـدمات الصـحية باعتبارها أحد الحقوق الرئيسية للإنسان أيا كان.

٤- أن اقتصاديات الصحة تمكن من تحليل السياسات الصحية المتعلقة بالعرض والطلب، وبالنظر إلى إمكانيات المواطنين، كما تمكن مـن التعرف على تكلفة الخدمات الصحية وتطورها وأثر هـذه التكلفـة على إتاحة الخدمات بشكل عادل، ويساعد في النهاية علـى صـنع القرار، وعلى الأخذ بالبرامج الصحية الأكثر كفاءة وعدلاً .

٥- أن زيادة الطلب على خدمات القطاع الخاص، وتقليل الطلب على الخدمات الحكومية سوف يؤدى إلى تحسن الأوضاع لكلا القطاعين، فزيادة الطلب على خدمات القطاع الخاص سوف تنعش هذا القطاع وتزيد من استثماراته، وتفتح المجال. أما توفير فرص عمل جديدة، أما تقليل الطلب على الخدمات الصحية الحكومية فسوف ينعكس أيضا على هذه الخدمات ويحسنها ويرفع مستوى إدارتها .

المبحث الثانى

التمويل والأنفاق الصحي
في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

المطلب الأول: التمويل والإنفاق في الاقتصاد الوضعي

إن هناك علاقة بين التمويل والأنفاق الصحي، فإذا توفر التمويل الجيد من مصادرة المعتمدة، ووافقه الأنفاق الجيد على الموارد الصحية، كان تحسن الرعاية الصحية يساهم في تحسن مستوى الصحة ورفع مستواها، وبالتالى زيادة الإنتاج ومتوسط الأعمار في المجتمع .

١-١ الإنفاق العام الموجة للصحة في الاقتصاد الوضعي:

يشمل الإنفاق الصحي أوجه الإنفاق على المستشفيات والمراكز الصحية، والعيادات، وخطط التأمين الصحي، وتنظيم الأسرة [(١)]: ويعتبر الإنفاق الصحي أحد مكونات الإنفاق العام الاجتماعي، أو أنه أحد مكونات الإنفاق العام على رأس المال.

ويسهم الإنفاق العام على المجالات الصحية بصورة مباشرة على تحسين الحالة الصحية للفرد. وذلك من خلال تقديم الخدمات الصحية والعلاجية والوقائية، وبتكلفة قد تكون مجانية، أو تقل كثيراً عن إجمالي التكلفة. ويترتب على استهلاك بعض أفراد المجتمع للرعاية الصحية العامة تحسن مباشر في صحتهم، ويستفيد من ذلك جميع الأفراد الآخرين في

---

(١) د. جميل طاهر ، صالح العصفور ، الدليل الموحد لمفاهيم ومصطلحات التخطيط في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية ، المعهد العربي للتخطيط ، الكويت ١٩٦٦، ص ١٣٤.

محيطهم. سواء كان ذلك بتضاءل فرص إصابة الآخرين بالمرض، أو تحرير الوقت المخصص من الأفراد الأصحاء لرعاية المرضى ليتحول إلى وقت منتج ومولد للدخل[٢] .

إن الإنفاق الصحي للمجتمع ينموا طردياً مع النمو في الناتج القومي للمجتمعات بالإضافة إلى التغيرات الديمغرافية والوبائية التي تمر بها الشعوب بمراحل مختلفة، والتغيرات في أنماط وسلوكيات الحياة والتي تؤدي مجتمعة وبصورة متزايدة لنشوء مجتمعات أكثر شيخوخة تعاني من معدلات أعلى من الأمراض خصوصاً الأمراض المزمنة، والتي تتطلب معدلا أعلى وأكثر من الخدمات الصحية .

ومن المؤشرات الصحية: متوسط عدد الأطباء لكل(١٠٠٠٠٠) نسمة في العالم النامى كان ٤.٤ طبيب مقارنة بـ (٢١٧) طبيب في العالم المتقدم، وكذلك نسبة أسرة المستشفيات للسكان تقع بين هذين الرقمين مما يدل على تدنى الحالة الصحية في العالم النامى.

ويذهب البنك الدولى: إلى أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة، ترتبطان بالدخل والتعليم، وبالمتغيرات التي تحدثها الثروة (الاقتصاد) والتعليم، وسلوك الأفراد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي، ومدى انتشار الأمراض الحالية التي يحددها المناخ، والعوامل الجغرافية والبيئة إلى حد كبير[١] .

---

(١) د. طلعت الدمرداش ، تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية وآثارها الاقتصادية : دراسة حالة لجمهورية مصر العربية . (بحث غير منشور) كلية التجارة ،جامعةالزقازيق ، ٢٠٠١ ، ص ٤٠ .

(٢) د. طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الصحة والتنمية ، مرجع سابق ، ص ١٧

والعلاقة بين مستوى التعليم والصحة علاقة تبادلية، فكلما ارتفع المستوى التعليمى كلما تحسن مستوى الصحة، وكلما تحسن مستوى الصحة يتحسن مستوى التعليم، وكلما تحسن المستوى الصحي والمستوى التعليمى، كلما تتحسن إنتاجية عنصر العمل، يزداد عرض العمل، مما يؤدى إلى اضطراد نمو الاقتصاد القومى. كما أن هناك دراسات عديدة متزايدة تؤكد على أثار اعتلال صحة الأطفال على التحاقهم بالمدارس، وقدرتهم على التعليم والمواظبة، والكثير من الأمراض التي تعانى منها الأطفال، يؤثر سلبا في انخفاض قدرتهم على الاستيعاب، وتدنى مستواهم التعليمى (٢).

وتؤكد الدراسات أن هناك اهتماماً متزايداً بالاستثمار في الموارد البشرية منذ بداية ثمانينات القرن العشرين، فقد أبدت الحكومات اهتماماً متزايداً بالإنفاق الصحي والتعليمي، حيث تشكل الصحة والتعليم أهم أشكال استثمار رأس المال البشري* (Human capital) .

---

(١) مالكولم جيلز ، مايكل رومر ، اقتصاديات التنمية ، مرجع سابق ، ص ٣٩٣

*(استثمار بشري) : كل استثمار يؤدي إلى زيادة قدرة أفراد المجتمع على العمل كبعض أوجه الإنفاق على الصحة أو الإنفاق على التعليم والتدريب ، ومن أمثلة الإنفاق : الإنفاق على تحسن وسائل التغذية، وعلى الأمراض المضنية للصحة ، والباعثة على الهزال الجسماني كالملاريا ، والبلهارسيا وغيرهما. والإنفاق على الخدمات الزراعية التي تستهدف تعريف المزارعين بالوسائل الحديثة في الإنتاج الزراعي ، والإنفاق في تدريب الأيدي العاملة تدريباً فنياً لخلق فئة من العمال المهرة اللازمين لتنفيذ برامج التنمية الاقتصادية ، كالصناع المهرة ، ومساعدي المهندسين (أفراد الفئة الوسطى من الفنيين) أو مساعدي الأطباء .

ويتراوح إجمالي ما يتم إنفاقه على قطاع الصحة ما بين ٢% إلى ١٤% من الناتج الإجمالي في الدول المختلفة، وتقرير إحدى دراسات البنك الدولي، أن العالم خصص نحو ٩% من إنتاجه الكلي لقطاع الصحة، وهذه المبالغ الكبيرة التي يتم إنفاقها كانت استجابة للتحديات المتعددة الناتجة عن الانتقال الديمغرافي والانتقال الوبائي[١] .

وفي الولايات المتحدة كان الإنفاق الكلي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي يصل إلى ١٤%، وفي فرنسا ٩.٨% وكلاهما من دول الدخل المرتفع، في حين أن هذه النسبة تتجه للإنفاق في دول الدخل المتوسط والمنخفض حيث تصل إلى ٨% في المملكة العربية السعودية، ٥.٨% في تونس، ٣.٧% في مصر، ٣.٦% في المغرب، وهذه الدول من دول الدخل المتوسط[٢].

وإذا نظرنا إلى الإنفاق العام على الصحة سنجد أنه متدني جداً خلال الفترة من ١٩٩٠ حتى ١٩٩٧ بالنسبة لدول الدخل المتوسط والمنخفض باستثناء (السعودية) حيث يتراوح الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي بين ١.٧% في مصر، ١.٢% في المغرب.

والمشكلة بالنسبة للدول الأقل نمواً هي أن البعض منها ينظر إلى الإنفاق العام على الصحة، على أنه إنفاق استهلاكي بحت، ولهذا فإنها تتجه إلى الحد منه، وقد يكون الإنفاق الكلي على الصحة منخفضاً جداً – على

---

(٢) البنك الدولي : تقرير عن التنمية في العالم ٢٠٠١م ، مرجع سابق ، ص ١٩ .

(١) نفس المرجع السابق ، ص٢١ .

الأقل من ٢% من الناتج المحلي الإجمالي في العديد من الدول مثل: السودان، ونيجيريا وإندونيسيا - وهذا التدني في الإنفاق على الصحة يعني عدم إمكانية توفير الإجراءات الصحية الفعالة المنخفضة التكلفة لكل السكان[٣].

جدول رقم (٢)

مؤشرات الإنفاق الصحي في بعض دول العالم (متوسط السنوات ٩٠-١٩٩٨)

دولة	نسبة الإنفاق الصحي على الناتج المحلي			متوسط الإنفاق الصحي للفرد دولار/ للفرد
	العام ..%من الناتج المحلي	الخاص ..%من الناتج المحلي	إجمالي ..%من الناتج المحلي	
ألمانيا	٨.٣	٣.٥	١٠.٨	٢٧٢٧
فرنسا	٧.١	٢.٥	٩.٦	٢٢٨٧
أمريكا	٦.٥	٧.٤	١٤	٤٠٨٠
السعودية	٦.٤	١.٦	٨	٥٨٤
اليابان	٥.٩	١.٤	٧.٣	٢٣٧٩
إنجلترا	٥.٩	١	٦.٩	١٤٨٠
الأردن	٣.٧	٤.٢	٧.٩	١٢٣
الجزائر	٣.٣	١.٣	٤.٦	٦٨
مصر	١.٨	٢	٣.٨	٤٨
إيران	١.٧	٠.١	٣.٨	٣٢
إندونيسيا	٠.٦	٠.٧	١.٣	٦

(٢) د. طلعت الدمرداش ، تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق الصحي على الخدمات الصحية وآثارها الاقتصادية ، مرجع سابق ، ص ٤٢ .

Source: World Bank, World Development indicators, ٢٠٠٠:

Washington, D.C: World Bank). ٢٠٠٠ PP.٩٠-٩٣.

وقد يكون ما يصرف على الصحة ليس بالضرورة هو العامل المحدد للحالة الصحية للمجتمع. وهذا الشيء تظهره الإحصاءات الصحية .

فكما يوضح الجدول رقم (٢) الآتـــي: أنـــه لا تـــرتبط المؤشـــرات الصحية الأكثر استخداماً لمقارنـــة الحالـــة الصـــحية للمجتمعـــات بنســـبة المنصرف على الصحة من الناتج القومي، فالولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال تعتبر أكثر دول العالم إنفاقاً على الصحة ١٤% مـــن النـــاتج القومي في ١٩٩٥) إلا أن مؤشراتها الصحية ليست الأفضل، فبالمقارنة مع اليابان مثلاً (٧.٣%) فقط من الناتج القومي صرف على الصحة في نفس العام ، نجد أن المؤشرات الصحية في اليابان أفضل (معدل وفيات الأطفال الرضع ٧لكل ألف، ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة ٧٣ ســـنة للـــذكور و٨٠ سنة للإناث في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٨٨، مقابل ٤ لكل ألف و٧٧ سنة للذكور، و٨٣ سنة للإناث في اليابان في نفس العام علـــى التوالي)

جدول رقم (٣)

جدول يوضح المؤشرات الصحية والاقتصادية في بعض دول العالم .

الدولة	متوسط العمر عند الولادة		المنصرف على الصحة من الناتج القومي ..% لعام ١٩٩٥	معدل وفيات الأطفال الرضع (في الألف) للعام ١٩٩٨
	ذكور	إناث		
الولايات المتحدة	٧٣	٨٠	١٤	٧
كندا	٧٦	٨٢	٩.٢	٦
بريطانيا	٧٥	٨٠	٦.٩	٧
فرنسا	٧٤	٨٢	٩.٧	٦
اليابان	٧٧	٨٣	٧.٢	٤
روسيا	٦١	٧٣	٤.٨	١٨
السويد	٧٦	٨١	٧.٣	٥

Basic, Health indicators form the world Health Report ١٩٩٩.

ولكن إذا قارنا بين المؤشرات الصحية لكل من كندا والسويد على سبيل المثال (كلاهما تستخدم نظام تأمين صحي وطني) نجد أن المؤشرات الصحية للسويد تكاد تكون متساوية أو أفضل (معدل وفيات الأطفال الرضع ٦ لكل ألف، ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة ٧٦ سنة للذكور، ٨٢ سنة للإناث في كندا عام ١٩٨٨ مقابل ٥ لكل ألف، ٧٦سنة للذكور و٨١ سنة للإناث في السويد في نفس العام على التوالي[(١)] .

---

(١) د. عبد المحسن بن صالح الحيدر ، د. محمد على التركي ، نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية ، (بحث ميداني) معهد الإدارة العامة ، الرياض ، ١٤٢٣هـ - ٢٠٠٢م ، ص ١٢٢

رغم أن المنصرف من الناتج القومي على الصحة في السويد يقل عن مثيله في كندا في نفس العام (٧.٣% مقابـل ٩.٢% علـى التـوالي) ويتضح ذلك من الجدول رقم(٣) :

جدول رقم (٤) المؤشرات الصحية والاقتصادية في الدول النامية

الدولة	متوسط العمر عند الولادة	المنصرف على الصحة من الناتج القومي ..% لعام ١٩٩٨	معدل وفيات الأطفال الرضع (في الألف) لعام ١٩٩٨
السعودية	٧٢	٨	–
الأردن	٧١	٧.٩	٢٧
الجزائر	٧١	٤.٦	٢٥
مصر	٦٧	٣.٨	٤٩
إيران	٧١	٤.٢	٢٦
إندونيسيا	٦٥	١.٢	٤٢

Source: World Bank, World Development indicators, ٢٠٠٠ (Washington, D.C: World Bank) PP. ١٠٦: ١٠٨

ويتضح أيضاً أن المؤشرات الصحية الأكثر استخداماً لمقارنة الحالة الصحية للمجتمعات على أساس أيضاً نسبة المنصرف على الصحة من الناتج القومي.

وبالمقارنة نجد أن المنصرف على الصحة من الناتج القومي في الدول النامية أقل بمثيله في الدول المتقدمة اقتصادياً.

فمثلاً نجد مؤشرات الإنفاق الصحي في الولايات المتحدة ١٤% وهي أكثر دول العالم إنفاقاً على الصحة بينما نجد السعودية وهي أكثر الدول الإسلامية إنفاقاً على الصحة أقل بمثيلها الولايات المتحدة الأمريكية. جدول رقم (٤) .

وهذا يدل على أن مستويات الرعاية الصحية منخفضة وتعاني من مشكلات اقتصادية

مقاييس الإنفاق الصحي :

هناك مؤشرات يمكن الارتكاز عليها لقياس إنتاجية الإنفاق الصحي وهي :-

١ – مؤشرات توقع الحياة١ـ مؤشرات توقع الحياة :-

يمكن أن يستدل من مؤشرات توقع الحياة على مستوى الرعاية الصحية ومن ثم على إنتاجية الإنفاق الصحي بالنسبة للدول، وتعد مؤشرات توقع الحياة مقاييس غير مباشرة لإنتاجية الإنفاق الصحي، ولكن تجدر الإشارة إلى أن توقع الحياة بالنسبة للفرد لا يرجع فقط إلى مستوى الرعاية الصحية، ولكن يرجع وبدرجة أكبر إلى البرامج الصحية مثل:التغذية والإسكان، والتعلم، والبيئة، ومن ثم فإن دلالة هذا المؤشر لا تكون دليلاً كاملاً على إنتاجية الإنفاق الصحي، ولكن هذا لا يمنع أن هناك دلالة جزئية لهذا المؤشر على إنتاجية الإنفاق الصحي* .

---

*حيث يتأثر هذا المؤشر بالخدمات الصحية الموجهة للطفل قبل الميلاد ، متمثلة في الرعاية الصحية الموجهة للأمهات مثل فترة الحمل ، وأثنائها – وكذلك الخدمات الصحية التي يتلقها الطفل بعد الميلاد وطوال فترة الطفولة ، وعلى مدى توافر تلك الخدمات وإمكانية الوصول إليها .

ويشتمل هذا المؤشر على مؤشرين فرعيين هما[1]:-

١- مؤشر توقع الحياة عند الميلاد .

٢- مؤشر نسبة عدد السكان الذين يصلون إلى سن ٦٥عام بالنسبة إلى السكان وبتحليل مؤشر توقع الحياة في مصر ومقارنته بمثيله على مستوى العالم في الفترة ٩٠-١٩٩٨، وبحسب البيانات التي شملها تقرير مؤشرات التنمية في العالم للعام ٢٠٠٠ والتي يظهرها الجدول رقم (٥) .

(١) د. طلعت الدمرداش ، ظاهرة تزايد الإنفاق الصحي ، مرجع سابق ٥٢

جدول (٥)

المؤشرات الصحية وتوقع الحياة والوفيات للدول المتقدمة والنامية .

الدولة	توقع الحياة عند الميلاد		معدل وفيات الرضع لكل ١٠٠٠مولود		معدل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة لكل ١٠٠٠ حالة		معدل وفيات البالغين لكل ١٠٠٠ حالة		الحياة إلى سن ٦٥عام ..%من إجمالي السكان	
	١٩٨٠	١٩٩٨	١٩٨٠	١٩٩٨	١٩٨٠	١٩٩٨	١٩٨٠	١٩٩٨	١٩٨٠	١٩٩٨
ألمانيا	٧٢	٧٧	١٢	٥	١٦	٦	١٣٢	٦٦	٧٩	٨٩
فرنسا	٧٤	٧٨	١٠	٥	١٣	٥	١٣٧	٥١	٨٠	٩٢
أمريكا	٧٤	٧٧	١٣	٧	١٥	–	١٣٣	٦٨	٧٩	٨٩
السعودية	٦١	٧٢	٦٥	٢٠	٨٥	٢٦	١٦٥	١٣٨	٧٣	٧٨
اليابان	٧٦	٨١	٨	٤	١١	٥	٩٨	٤٥	٨٥	٩٣
إنجلترا	٧٤	٧٧	١٢	٦	١٤	٧	١٢٢	٦٦	٨١	٨٩
الأردن	–	٧١	٤١	٢٧	–	٣١	١٥٨	١١٩	٧٣	٨٠
الجزائر	٥٩	٧١	٩٨	٣٥	١٣٩	٤٠	١٥٨	١٢٣	٧٢	٧٩
مصر	٥٦	٦٧	١٢٠	٤٩	١٧٥	٥٩	١٩٥	١٧١	٦٦	٧١
إيران	٦٠	٧١	٨٧	٣٦	١٢٦	٣٣	١٦١	١٥٠	٧٢	٧٦
إندونيسيا	٥٥	٦٥	٩٠	٤٣	١٢٥	٥٣	٢٣٧	١٨٦	٦٢	٧٠

Source: world Bank, World Development indicators, ٢٠٠٠
(Washington, D.C: World Bank. ٢٠٠٠) PP, ١٠٦-١٠٨

وبحسب مؤشر توقع الحياة عند الميلاد: في الجدول رقم (٥) .

يلاحظ تحسن هذا المؤشر في عـــام ١٩٩٨ مقارنـــاً بعـــام ١٩٨٠ بالنسبة لجميع دول العالم، تأتي اليابان على رأس القائمة بالنسبة للعالم،

حيث يبلغ العمر المتوقع عند الميلاد ٨١ سنة في عام ١٩٩٨ ،يليها فرنسا ٧٨سنة، وألمانيا، وأمريكا ٧٧سنة .

بينما نجد الدول النامية لا تتساوى مع ألمانيا والمملكة المتحدة وأمريكا في نفس توقع العمر٧٧ سنة، وبالنسبة لمصر يصل توقع الحياة عند الميلاد ٦٧ سنة في عام ١٩٩٨ مقارناً بعام ١٩٨٠، وأن كان ذلك يدل على تحسن الحالة الصحية ما بين ١٩٨٠ إلى ١٩٩٨ وتظل الدول النامية أقل بكثير من مثيلها في الدول المتقدمة وبحسب مؤشر نسبة عدد السكان الذين يصلون سن ٦٥ عام لإجمالي السكان :

تأتي اليابان على رأس القائمة بالنسبة للعالم حيث يصل هذا المؤشر ٩٢% من السكان الإناث و٨٥% من السكان الذكور، ويتراوح هذا المؤشر في الدول المتقدمة ما بين ٧٩ % إلى ٨٥% بالنسبة للسكان الذكور وما بين ٨٦ إلى ٩٣ بالنسبة للسكان الإناث .

وبالنسبة لمصر هذا المؤشر ٦٦% من السكان الذكور و٧١% من السكان الإناث، وهذا المؤشر يدل على أن الدول النامية أقل بكثير من مثيلتها في الدول المتقدمة.

٢- مؤشر معدل الوفيات :

يمكن أن يستدل من مؤشر معدل الوفيات على إنتاجية الإنفاق الصحي، وتعد مؤشرات الوفيات مقاييس غير مباشرة لإنتاجية الإنفاق الصحي، وهذا المؤشر لا يكون ذو دلالة كاملة ومباشرة على إنتاجية الإنفاق الصحي، وذلك لأن معدل الوفيات يتوقف على عوامل أخرى عديدة

بخلاف مستوى الإنفاق الصحي مثل :- انتشار العادات القبلية، وانتشار الحروب، وانتشار حوادث الطرق، وانتشار استهلاك الخمور والمخدرات ... وغيرها، ولكن هذا لا يمنع من أخذ الدلالة الجزئية لهذا المؤشر في الاعتبار حيث يؤدي انخفاض مستوى الرعاية الصحية. وإمكانية الوصول إليها إلى حدوث الوفيات وجميع المجموعات العمرية للسكان ويشمل هذا المؤشر على أربعة مؤشرات فرعية هي:-

١- مؤشر معدل وفيات الرضع لكل ١٠٠٠ مولود .
٢- مؤشر معدل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة لكل ١٠٠٠حالة .
٣- مؤشر معدل وفيات البالغين لكل ١٠٠٠ حالة.
٤- مؤشر الوفيات العام .

وبتحليل مؤشر معدل الوفيات في العالم النامي ومقارنته على مستوى العالم للفترة ٩٠-١٩٩٨م، وبحسب البيانات التي شملها تقرير مؤشرات التنمية في العالم ٢٠٠٠ والتي يظهرها الجدول (٥) يمكن استخلاص النتائج التالية :-

١- تحسن هذا المؤشر بالنسبة لجميع دول العالم بلا استثناء حيث انخفاض هذا المؤشر في عام ١٩٩٨ مقارناً بعام ١٩٨٠ بمعدل قد يصل إلى النصف في جميع دول العالم، وتأتي اليابان على رأس القائمة بالنسبة لدول العالم حيث يبلغ معدل وفيات الرضع ٤ لكل ١٠٠٠مولود يليها ألمانيا وفرنسا حيث بلغ معدل وفيات الرضع ٥لكل ١٠٠٠ مولود، ويتراوح هذا المؤشر ما بين ٥-٧ مولود لكل ١٠٠٠ في الدول المتقدمة.

٢- وبالنسبة لمصر يصل معدل وفيات الرضع ٤٩ مولود لكل ١٠٠٠ مولود في عام ١٩٩٨ مقارناً بـــ ١٢٠مولود لكل ١٠٠٠مولـــود عام ١٩٨٠، وأن هذا المعدل أعلى بكثير من مثيلته فـــي الـــدول المتقدمة .

وبحسب مؤشر معدل وفيات الأطفال تحـــت ســـن الخامســـة لكـــل ١٠٠٠حالة :

٣- يلاحظ تحسن هذا المؤشر بالنسبة لجميع دول العالم بدون إستثناء، حيث انخفض لأكثر من النصف فـــي عـــام ١٩٩٨ مقارنـــاً بعـــام ١٩٨٠، وتأتى اليابان وفرنسا على رأس القائمة بالنســـبة للعـــالم حيث يصل هذا المؤشر ٥ حالات لكل ١٠٠٠حالة، يليهـــا ألمانيـــا حيث يصل هذا المؤشر ٦ حالات لكل ١٠٠٠حالة، ويتـــراوح هـــذا المؤشر ما بين ٥-٧ حالات لكل ١٠٠٠حالة في الدول المتقدمة .

٤- وبالنسبة لمصر يصل معدل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة ٥٩ حالة لكل ١٠٠٠ حالة في عام ١٩٩٨ مقارناً بـــ ١٧٥حالة لكـــل ١٠٠٠حالة في عام ١٩٨٠، وأن كان هذا يدل على تحسن الحالة الصحية ما بين عامي ١٩٨٠-١٩٩٨، ألا أن هذا المعـــدل يزيـــد كثيراً عن مثيله في الدول المتقدمة .

وبحسب مؤشر معدل وفيات البالغين لكل ١٠٠٠ حالة :

٥- تأتي اليابان على رأس القائمة بالنسبة للعالم حيث يصل ٤٥لكل ١٠٠٠حالة بالنسبة للإناث و٩٨ لكل ١٠٠٠ حالة بالنسبة للذكور، يليها فرنسا حيث يصل هذا المؤشر ٥١ لكل ١٠٠٠ حالة بالنسبة للإناث و١٢٧ لكل ١٠٠٠ حالة بالنسبة للذكور، ويتراوح هذا المعدل في الدول المتقدمة ما بين ٤٥-٦٨ لكل ١٠٠٠حالة بالنسبة للإناث و٩٨- ١٣٢ لكل ١٠٠٠ حالة بالنسبة للذكور .

وبالنسبة لمصر يصل معدل وفيات البالغين ١٧١ لكل ١٠٠٠ حالة بالنسبة للإناث، و١٩٥ لكل ١٠٠٠ حالة بالنسبة للذكور، ويزيد كثيراً في الدول النامية عن مثيله في الدول المتقدمة .

مؤشرات الرعاية الصحية :

ويمكن أن يستدل من مؤشرات الرعاية الصحية على مدى إمكانية حصول أفراد المجتمع على خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات: كما تعد مؤشرات الرعاية الصحية مقاييس مباشرة لإنتاجية الإنفاق الصحي، وتشتمل هذه المؤشرات على عدة مؤشرات فرعية .(١)

١- مؤشرات عدد الأطباء لكل ١٠٠٠ من السكان .

٢- مؤشرات عدد أسرة المستشفيات لكل ١٠٠٠ من السكان .

٣- مؤشرات نسبة دخول المرضى المنومين بالمستشفيات إلى إجمالى السكان .

---

(١) د. طلعت الدمرداش : تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق الصحى على الخدمات الصحية ، مرجع سابق ، ص ٤٦ – ٥١

٤- مؤشر متوسط فترة الإقامة للمرضى المنومين بالمستشفيات .

٥- مؤشر عدد زيارات المرضى المنومين بالمستشفيات لكل فرد .

ويمكن بتحليل مؤشرات الرعاية الصحية تلك التي تقدمها المستشفيات لأفراد المجتمع، يتضح مستوى الرعاية الصحية في البلاد المقارنة، ومدى كفاءتها ومدى تدنى هذا المستوى، قياساً على مستوى العالم .

مؤشرات توقع الحياة :

ويمكن أن يستدل من مؤشرات توقع الحياة على مستوى الرعاية الصحية، ومن ثم على إنتاجية الإنفاق الصحي بالنسبة للدولة، وتعد مؤشرات توقع الحياة مقاييس غير مباشرة لإنتاجية الإنفاق الصحي. ولكن تجدر الإشارة إلى أن توقع الحياة بالنسبة للفرد لا يرجع فقط إلى مستوى الرعاية الصحية ولكن يرجع وبدرجة أكبر إلى البرامج الصحية مثل: التغذية والإسكان والتعليم والبيئة، ومن ثم فإن دلالة هذا المؤشر لا تكون دليلاً كاملاً على إنتاجية الإنفاق الصحي والرعاية الصحية، وبالإضافة إلى ذلك قد تساهم مجموعة مختلفة من العوامل الشخصية [٢] (مثل:السلوكيات مرتفعة الخطورة) أو المتلازمات البيئة (مثل: الفقر الدائم أو العنف الأسرى) التي تقع خارج النظام الذي يعنى به نظام الرعاية الصحية ولكن

---

(١) لو آن آدى ، وآخرون ، تقويم نظام الرعاية الطبية (الفعالية والكفاءة والأنصاف) ، ترجمة ، د. عبد المحسن بن صالح الحيدر ، مراجعة الترجمة ، د. عبد الاله سيف الدين غازى ساعاتى، معهد الإدارة العامة ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، الرياض ، ١٤٢٠هـ - ٢٠٠٠م ، ص ١٧٠

مع هذا لا يمنع أن هناك دلالة جزئية لهذا المؤشر على الرعايـــة الصـــحية وإنتاجية الإنفاق الصحي* .

ويشتمل هذا المؤشر على مؤشرين فرعين هما :

١- مؤشر توقع الحياة عند الميلاد .

٢- مؤشر نسبة عدد السكان الذين يصلون إلى سن ٦٥ عام بالنسبة إلـــى إجمالى السكان .

وعلى الرغم من تقدم البحوث الطبية وتطور المستشفيات الأمريكية وتزويدها بأحدث الأجهزة والتقنيات، إلا أن الولايات المتحدة أخـــذت فـــي التقهقر خلف بعض البلدان الأخرى، فيما يتعلق بالمؤشرات الصحية، حيث تنفق هذه البلدان نسبة اقل من ناتجها القومى العام على الخدمات الصـــحية وتحصل على رعاية صحية أفضل ومعدلات أقل لوفيات الرضع، وتوقعـــات أعلى لمتوسط الحياة عند الولادة، ووفيات أقل للناس في مرحلـــة الحيـــاة المنتجة، وتعزى بعض هذه النتائج إلى توزيع الرعاية الصحية المتفاوتـــة حيث ينال الفقراء والمسنون رعاية محدودة، ويتضح ذلك فيما سبق وبينـــا أن نسبة الإنفاق الصحي من جملة الإنفاق العام فـــي الولايـــات المتحـــدة الأمريكية ١٤.١%، ٩.٢% في اليابان وهى الأعلى في متوسط الأعمار .

كما أن معظم التسهيلات الطبية في الـــدول الناميـــة مركـــزة فـــي المناطق الحضارية حيث يقيم ٢٥% من السكان، وعدم تقديم الرعاية

---

* حيث يتأثر هذا المؤشر بالخدمات الصحية الموجهة للطفل قبل الميلاد ، متمثلة فى الرعايـــة الصـــحية الموجهة للأمهات قبل فترة الحمل وأثناؤها ، وكذلك الخدمات الصحية التى يتلقاها الطفل بعد المـــيلاد وطوال فترة الطفولة ، وعلى مدى توافر تلك الخدمات وإمكانية الوصول إليها .

الصحية بهذا الشكل المريح لجماهير السكان يصبح ظاهرة متفشية في تلك الدول النامية، فمثلاً في الهند يوجد ٨٠ % من الأطباء العاملين في المناطق الحضرية التي يقطنها ٢٠ % من السكان. وعلى ذلك فإن الإنفاق على الصحة في أكثر من ٧٥ % من مصروفات حكومات الدول النامية مخصصة للمستشفيات الحضرية التي تقدم رعاية طبية عالية على النمط الأوربى للأقلية من السكان[١]

١-٢ التمويل العام الموجة للصحة في الاقتصاد الوضعي:

ماذا يعني التمويل الصحي ؟ وما هي المصادر التي يعتمد عليها التمويل الصحي ؟ وما هي البدائل للتمويل الصحي ؟ وهل القطاع الخاص للخدمات الصحية هو البديل الأمثل – كما في الولايات المتحدة الأمريكية ؟.

- **التمويل الصحي:** يتعلق بتحليل الجوانب المتعلقة بتوفير الموارد الرأسمالية اللازمة للخدمات الصحية[٢]. إن التمويل العادل للخدمات الصحية هو أحد الأهداف التي أعتمدت عليه منظمة الصحة العالمية في تحليل أداء النظم الصحية، خاصة أنه يسعى إلى إزالة العقبات المالية أمام كل شرائح المجتمع للحصول على الخدمات الصحية، وتوفير استجابة النظام الصحي للمتطلبات الصحية [٢]. كما يعتبر توفير عدالة في تمويل الخدمات الصحية، التي هي أهم أهداف النظم الصحية، مما يؤكد أهمية

---

(١) د. فؤاد أبو ستيت ، إقتصاديات التنمية والتخطيط ، جهاز نشر الكتاب الجامعى بحلوان ، القاهرة ، ٢٠٠٣ ، ص ٦١ .

(٢) موقع شبكة الإنترنت ، ١٥/١٠/٢٠٠٣م

http://www.alwatan.com/graphics/٢٠٠٠/act/٢٢./١٠/heads/I/١٠.htm

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٢

الأخذ بمبادئ وأدوات اقتصاديات الصحة في إدارة النظم الصحية، وأن هذا ما تدعوا له منظمة الصحة العالمية بتعاونها الفني مع البلـــدان. ونظـــم التمويل الصحي تعتمد على مصادر متعددة تشتمل على[٣] :-

١- التمويل الحكومي: عن طريق ما يتم تحصيله من ضرائب وجمارك وعائدات للثروات الطبيعية والاستثمارات العامة للدولة.

٢- التمويل الخاص: سواء من أفراد أو من منظمات هادفة للربح أو غير هادفة للربح .

٣- التأمين الصحي: عن طريق الدفع المسبق من المستفيدين (طرف أول) بالتعاون مع أرباب أعمالهم أو الحكومة إلى مقدمي الخدمة (طرف ثان) من خلال شركات التأمين (طرف ثالث).

٤- تمويل أجنبي: عن طرق الدول الغنية في صورة معونات سنوية توجه نسبة منها للتمويل الصحي في الدول الفقيرة، ويميل هذا النوع إلى تغطية التكلفة الرأسمالية فقط للمشروعات الصحية.

ويمكن حصر البدائل الرئيسية لتمويـــل الخـــدمات الصـــحية فـــي الآتـــي[٤] :-

---

(٢) د. عبد المحسن بن صالح الحيدر ، د. محمد على التركي ، نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية ، مرجع سابق ، ص ٤١ .

(٣) نفس المرجع السابق ، ص ٤١ - ٤٢

١- الرسوم مقابل الخدمات : (Free for Service) ويعتمد هذا الأسلوب على أن يدفع المريض الرسوم المعتادة المألوفة في منطقة الخدمة، وفيما يوفر هذا الأسلوب الحوافز الإنتاجية المرتفعة ،إلا أنه يؤدي إلى التضخم والتوسع في استخدام الإجراءات ذات المنفعة الهامشية المنخفضة مقابل التكلفة .

٢- الخدمات الصحية الوطنية: (National health services) تقدم العديد من الدول الخدمات الصحية المجانية لمواطنيها والمقيمين بها، وفق نظم مختلفة أشهرها نظام الخدمات الصحية الوطنية الذي تقدم الدولة من خلاله الخدمات الصحية لجميع شرائح المجتمع حسب الاحتياج الصحي، وبغض النظر عن الدفع، ويوفر هذا النظام جميع الخدمات الوقائية والعلاجية بما فيها الأدوية، وخدمات الأسنان والولادة ورعاية الأمومة، والطفولة، والتنويم، والصحة النفسية من خلال مرافق تتبع الدولة، وبواسطة قوى عاملة صحية موظفة بها، ويدفع لها مرتبات شهرية، ويموّل النظام من خلال الضرائب العامة وكما هو الحال في بريطانيا والدول الاسكندنافية، ويشبه هذا النظام إلى حد كبير النظام المطبق في المملكة العربية السعودية، وبعض الدول الخليجية والعربية الأخرى[١].

---

(١) نفس المرجع السابق ، ص٤٢

٣- التأمين الصحي: يشمل مصطلح التأمين الصحي بشكل عام، عدة أنواع من العقود التأمينية التي رغم ارتباطها ببعضها البعض، إلا أن كل منها يهدف إلى الحماية ضد مخاطر مختلفة، ويدخل ضمن التأمين الصحي تصنيفان: تأمين دخل العجز، وتأمين التكلفة الطبية، الذي يشمل تكاليف الأطباء، والمستشفيات، وخدمات التمريض، والخدمات الصحية الأخرى ذات العلاقة، بالإضافة إلى الأدوية والتجهيزات الطبية، وتكاليف الرعاية الطبية الناتجة عن المرض أو الإصابة(٢). وقد تأخذ المنافع التأمينية عدة أشكال فقد تكون بالتعويض المباشر عن التكاليف إما لمقدم الخدمة أو للمؤمن عليه أو بدفع مبالغ نقدية محددة أو توفير الخدمات مباشرة، وقد تقدم خدمات التأمين الصحي في أي صورة من صور التأمين التجاري أو الاجتماعي أو التعاوني السالف الذكر، أو يتم الجمع بين أكثر من صورة منها. إلا أن تفاقم مشكلات التمويل الصحي في بلدان العالم المختلفة، لأسباب متعددة أهمها الارتفاع المطرد في تكلفة تقديم الخدمات الصحية، المبالغة أحياناً في الاستثمار في منشآت صحية جديدة بدون اللجوء للتخطيط السليم الذي يأخذ في الاعتبار التكلفة التشغيلية، ونقص الموارد الذي تختلف أسبابه من دولة لأخرى، قد أظهر حاجة ملحة للتفكير في بدائل أخرى لتمويل الخدمات الصحية.

(١) نفس المرجع السابق ، ص٤٢

ومن البديهي أن توفير التمويل هو الذي يحدد مدى توافر الخدمات ومدى جودتها، أما نقص التمويل فسيؤدي لا محالة إلى نقص في الخدمات المتاحة وتدني جودتها، كما يؤدي إلى نقص القدرة على صيانة المنشآت والأجهزة الطبية، كما يقلل من عمرها الافتراضي وكثرة أعطالها وانعكاسات ذلك على جودة الخدمات المقدمة.

وفي إطار احتواء. استرداد تكلفة الخدمات الصحية، ظهرت عدة بدائل أثبتت بعضها نجاحاً في دول معينة، ولا يزال بعضها محل التجربة في دول أخرى.

وتشتمل هذه البدائل إلى [١]:-

١- الرسوم مقابل الخدمة داخل المنشآت الصحية: ويعتمد هذا الأسلوب على أن يدفع المريض رسوماً على الخدمات التي يتلقاها في المنشآت الصحية الحكومية للمساهمة في تمويل الخدمات الصحية الأساسية وتحسينها، ويتمتع المريض مقابل ذلك بخدمات ذات جودة عالية تشبه الخدمات المقدمة بالمستشفيات الخاصة.

٢- نظام المدفوعات المستقبلية: (**Prospective payment system**) يتم فيه دفع تكاليف الرعاية الطبية من خلال مجموعات مرتبطة تشخيصاً (Diagnosis Related Groups)، حيث تدفع الدولة أو شركة التأمين الصحي لكل حالة مرضية مبلغاً محدوداً وفق

---

(١) نفس مرجع سابق ، ص٤٣

المجموعة التشخيصية، بغض النظر عن التكاليف التي يتكبدها مقدم الخدمة، ويحفز هذا النظام على تحسين أداء المستشفيات، ومقدمي الخدمة، وتخفيض الإنفاق غير الضروري، وبالتالي يؤدي إلى تخفيض تكاليف الرعاية الطبية.

٣- منظمات الحفاظ على الصحة: (Health Maintenance organization)
خطة تأمينية توفر من خلالها المنظمات الصحية المشاركة، في خدمات شاملة للمشتركين مقابل أقساط اشتراك سنوية محددة مسبقاً، وقد أثبتت فاعليتها في ضبط التزايد المطرد في أسعار الخدمات الصحية، مقارنة بالطرق التقليدية للدفع مع توفر نتائج صحية مماثلة، وتوصلت هذه المنظمات إلى تخفيض تكلفة الرعاية الصحية من خلال الحد من خدمات التقويم ومن تقليص فترة الإقامة في المستشفى دون التأثير في جودة نتائج الرعاية المقدمة.

٤- منظمات الرعاية المفضلة: (Preferred Provider Organization)
خطة تأمينية تمنح المشتركين من مجموعة كبيرة مثل: النقابات العمالية، ومجموعات الموظفين، الفرصة للاختيار بين عدد محدد من مقدمي الخدمة التي يتم التفاوض معهم على تقديم الخدمات الصحية بأسعار مخفضة، ويكون الدفع في مقابل الخدمة المقدمة، مع وضع ضوابط لتقليل النفقات، وتكون الأسعار أقل في حالة مراجعة المرضى للأطباء والمستشفيات المحددة مسبقاً ،ويفضل الموظفون الاشتراك

في مثل هذه المنظمات، لأنها أكثر مرونة وأقل تقييداً من منظمات الحفاظ على الصحة، كما يفضلها أرباب العمل[1].

كما أن الصعوبة في المواءمة بين النفقات الباهظة التي تتطلبها الرعاية الصحية وبين إمكانيات التمويل، وهو الأمر الذي حدا بالدول طبقاً لفلسفتها الاجتماعية تطبيق نماذج اقتصادية مختلفة تتراوح بين مجانية الرعاية الصحية على جميع مستويات الخدمات الصحية كما هو الحال في بعض الدول العربية إلى قطاع التأمين الإجباري (كما هو الحال في معظم الدول الأوروبية) إلى نظام يعتمد اعتماداً كلياً على القطاع الخاص كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية.

الكفاءة الاقتصادية الكلية :-

أن الكفاءة الاقتصادية الكلية تشير إلى التكاليف الكلية للرعاية الصحية بالمقارنة بالمقاييس الإجمالية للأوضاع الصحية[2] .

فالدول المختلفة تنفق كميات متفاوتة من مواردها القومية على الصحة، وتقوم بتخصيص هذه الموارد بطرق مختلفة، وتنجز إنجازات متفاوتة فيما يتعلق بالأوضاع الصحية والحصول على الخدمة، أو الشعور بالرضا، وبدون شك فإن هذه الاختلافات في النتائج تشير إلى اختلافات في كفاءة النظم الصحية.

---

(١) نفس المرجع السابق ، ص٤٤

(٢) د. طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مرجع سابق ، ص ٢٥٧

كما يعتبر مقياس متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي مؤشـــراً جيداً على الحالة الصحية للمجتمع، ولكن يجب أن يؤخذ في الاعتبار عنـــد تحليل هذا المقياس عدالة توزيع الإنفاق الصحي، أو ما يمكـــن أن نطلـــق عليه عدالة الوصول إلى الخدمات الصحية.

ويتم حساب متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي كالآتـــي :-

متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي =

$$\frac{\text{الإنفاق الصحي الإجمالي (الكلي)}}{\text{عدد السكان}}$$

$$= \frac{\text{الإنفاق العام الصحي + الإنفاق الخاص الصحي}}{\text{عدد السكان}}$$

ويمكن استخدام هذا المقياس على أساس متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام على الخدمات الصحية على أساس أن الإنفاق العام على الخدمات الصحية يتيح للجميع فرصة الرعاية الصحية بدون تمييز، بعكس الإنفاق الخاص الصحي.

ويحسب نصيب الفرد من الإنفاق العام[٢] = $\frac{\text{الإنفاق العام الصحي}}{\text{عدد السكان}}$

ونستنتج من ذلك أن الإنفاق العام على الرعاية الصحية له آثاره حيث يترتب على استهلاك بعض أفراد المجتمع للرعاية الصحية العامة تحسن

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٤٥

مباشر في صحتهم ويستفيدون من ذلك جميع الأفراد الآخرين في محيطهم سواء كان ذلك بتضاءل فرص إصابة الآخرين بالمرض، أو تحرير الوقت المخصص من الأفراد الأصحاء لرعاية المرضى ليتحول إلى وقت منتج ومولد للدخل .

التمويل الصحي في مصر:

تعتبر وزارة الصحة هي أكبر مقدم حكومى لخدمات الرعاية في مصر. حيث تستهلك هي وهيئاتها المركزية ومديرتها بالمحافظات حوالى ٦٠% من الموازنة الحكومية للقطاع الصحي ويستخدم تمويل وزارة الصحة المركزى في الإنفاق كباب أول وثان لتغطية المرتبات والمزايا. ومتطلبات العمليات التشغيلية (أدوية ومستلزمات وما يصرف في غير الأدوية والمستلزمات كضرورات للعمليات التشغيلية). كما يستعمل التمويل المركزى بصفة أساسية لتغطية استثمارات الباب الثالث لإضافة وتجديد أصول [١].

وتحصل وزارة الصحة على مورد من مصدر تمويلى آخر (خلاف تمويل وزارة المالية والمعونات) وقد تزايد ذلك المصدر من أقل من ١% إلى حوالى ٦% من جملة مواردها الحكومية عام ١٩٩٥. ويتمثل ذلك المصدر في التمويل الذاتى الذي يتولد من تقديم الخدمة بأجر في بعض الوحدات ويسمى في وزارة الصحة والسكان بـ"العلاج الاقتصادي وهو

(١) وردة هاشم ، وزارة الصحة ، سلسلة الوزارات المصرية ، مركز الدراسات السياسية والإستراتيجية بالأهرام ، القاهرة ، ٢٠٠٤ ، ص ٣١

يستخدم أسرة متقطعة من الأسرة المجانية (حوالى ٢٠%) لتقديم علاج بأجر وقد وصلت قيمته إلى حوالى ٩٧ مليون جنيه في عام ١٩٩٥.

وقد لجأت وزارة الصحة إلى أسلوبين جديدين لتعظيم مواردها المالية [١]

الأسلوب الأول:

هو نقل تبعية وحدات المؤسسات العلاجية "أكبر بائع حكومى للخدمة الطبيعة بأجر حتى عام ١٩٩٤ إليها حيث فقدت تلك المؤسسات وضعيتها كهيئات اقتصادية مع استمرار دورها البائع للخدمة بأجر وتعزيز الدور الإنفاقى لوزارة الصحة لتشغيل تلك الوحدات بالاستناد إلى الشركات المتعاقدة والإنفاق العائلى بديلاً عن الإنفاق من وزارة المالية.

الأسلوب الثانى:

وهو اتباع أسلوب المؤسسات العلاجية كمعالج بأجر في إدارة وتشغيل الوحدات الجديدة التي تم افتتاحها وتشغيلها منذ عام ١٩٩٧ دون تحويلها إلى وحدات تابعة لهيئات اقتصادية مع إنقاص إنفاق.

الموازنة التقديرية بالجنيه لوزارة الصحة والسكان، ومنظماتها المركزية، ومديرياتها الصحية

الجهة الصحية	السنة المالية ١٩٩٤/٩٣	السنة المالية ١٩٩٨/٩٧
ديوان وزارة الصحة	٣٢٤٥٩٩٦٠٠	٩١١٣١١٠٠٠
ديوان السكان	------	١٩٨٩٧٣٠٠
إجمالى الديوانين	٣٢٤٥٩٩٦٠٠	٩٣١٢٠٨٣٠٠
مديريات الصحة	٨٥٢٦٢٧٠٠٠	١١٩٨٣٩٢٤٠٠

(٢) نفس المرجع السابق ذكره .

هيئات وزارة الصحة		
هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية	٧٧٦٢٤٠٠٠	١٦٢٧١٧٠٠٠
هيئة الرقابة والبحوث الدوائية	٦٥٣٥٠٠٠	١٤٧٩٨٠٠٠
المؤسسات العلاجية		
القاهرة	١٤٢٧٥١٠٠٠	٦٢٥٩٩٠٠٠
الإسكندرية	٤٩٥٨٠٠٠	٥٦٩٣٠٠٠
بور سعيد	٢٣٢٥٠٠٠	٧٧٨٠٠٠٠
دمياط	٢٢٠٦٠٠٠	٢٨١٥٠٠٠
كفر الشيخ	٩٥٧٠٠٠	١٢٠٥٠٠٠
القليوبية	٨٥٦٠٠٠	١٢٣٤٠٠٠
الهيئة العامة للتأمين الصحي	١٠٨٦٥١٦٠٠٠	١٣٨٦٨٣٨٠٠٠
هيئة المصل واللقاح	٣٧٦١٢٠٠٠	٨٢٣١٥٠٠٠
المجلس القومى للسكان	---------	١٤٧٤٦٠٠٠
المجلس القومى للأمومة والطفولة	----------	٧٨٤٦٠٠٠
الإجمالى	٢٥٣٩٥٦٧٥٦٠	٣٨٧٣٢٠٢٠٠٠

المصدر: وزارة الصحة والسكان – الإدارة المالية ١٩٩٨.

وتقوم وحدات وزارة الصحة والسكان، بتوليد موارد إضافية، من خلال ما يسمى بالعلاج الاقتصادى، ولكن نادراً ما تبلغ وزارة الصحة والسكان بنتيجة ذلك النشاط، كما تتأخر المراجعة النهائية التي تقوم بها وزارة المالية لمستندات ذلك النشاط، لمدة عامين أو ثلاثة، وهناك دراسة استطلاعية قامت بها إدارة التخطيط بوزارة الصحة، ويتضح منها أن تقدير ذلك الدخل يرقى إلى ١.٧% من حجم الإنفاق الصحي بمديريات الصحة بالمحافظات وحدها.

١- تزايد الموزانة التقديرية بحوالى ٥٠% عما كانت عليه في ١٩٩٤/١٩٩٣ وذلك بخلاف إضافة المجلس القومى للسكان، والمجلس القومى للأمومة والطفولة، حيث ظلا منفصلين عن وزارة الصحة والسكان، ولم يتم إدماجهما في وزارة الصحة إلا في عام ١٩٩٦.

٢- يجب ملاحظة أن المبلغ المخصص لما يسمى بديوان وزارة الصحة، وهو ٩١١ مليون جنيه في موازنة ١٩٩٧ - ١٩٩٨، يشمل أيضاً مبلغ ١٥٢ مليون جنيه تذهب إلى الباب الثالث في مديريات الصحة، لتمويل الاستثمارات، حيث أنها تحجز مركزياً للتوزيع على المحافظات، حسب الخطة المقررة مركزياً من خلال إدارة التخطيط بوزارة الصحة والسكان. كما شمل ذلك المبلغ أيضاً، تمويلاً آخر محتجزاً بالديوان لحساب مديريات الصحة لتمويل احتياجات تلك المديريات من الأدوية والمستلزمات الطبية (باب ثانى)، حيث يفرج عنه طبقاً لاحتياجات المحافظات التموينية من الأدوية والمستلزمات الطبية، بناء على المناقصات التي تتم مركزياً، للارتباط باحتياجات المحافظات السنوية، وذلك للاستفادة من مزايا طرح مناقصة كبرى، يلعب فيها ديوان وزارة الصحة، دور المشترى الأعظم، بأقل سعر ممكن.

الإنفاق الحقيقى في وزارة الصحة:

ويبين الجدول التالى حجم الإنفاق الحقيقى في وزارة الصحة عن السنوات الأربع، من العالم المالى ١٩٨٩ / ١٩٩٠ إلى العام المالى ١٩٩٢ / ١٩٩٣.

جهة الإنفاق	العام المالى ٩٠/٨٩	٩١/٩٠	٩٢/٩١	٩٣/٩٢
ديوان وزارة الصحة	٦٩.٩٨٦.٠٧٠	٩١.٢٧.٣١٥	٢٠٩.٥٣٢.٩٦٤	٢٣٩.٢٠٥.٠٠٤
مديريات الصحة	٥٧٤.١٩٣.٠٠٨	٦٥٧.١٩٠.٠٤٢	٨٣٧.٨٦٧.٦٠٤	٩٢٠.٠٨٧.٨٣٧
الإجمالى	٦٤٤.١٧٩.٨٧	٧٤٨.٤٠٩.٥٦٨	١٠٤٨	١٢١٣٢٠٢٨٤١

المصدر: وزارة المالية – إدارة التخطيط في وزارة الصحة، ١٩٩٧.

ونلاحظ من الجدول أن الإنفاق الصحي قد زاد إلى ١٢٠٠ مليون جنيه تقريباً في ١٩٩٣ بدلاً من ٦٤٤ مليون في ١٩٩٠.

كما تؤكد الإحصائيات زيادة الإنفاق الصحي في العام المالى ٩٤ – ١٩٩٥ إلى ١٥٠١ مليون جنيه.

وبالنسبة للزيادات في أبواب الإنفاق، نجد أن الباب الأول قد انخفض إلى ٥١% بدلاً مما كان عليه ٦٤% وأن قيمة الأدوية والمستلزمات الطبية قد زادت إلى ٢٩% مما كانت عليه (١٩%) وأن الإنفاق الاستثمارى تزايد وصولاً إلى ١٩% في العام المالى ١٩٩٥/٩٤.

ونستنتج من هذا أن تخفيض الإنفاق العام الموجة للصحة كما يطلب من الدول النامية له تأثيره السلبى والخطير على الطبقات الفقيرة في المجتمع، فبالإضافة إلى تأثيره على صحة الأفراد بالسلب يظهر تأثيره على زيادة أعباء وتكاليف المعيشة للأفراد غير القادرين والتي تكون دخولهم محدودة جداً ولا تكفى للإنفاق على ضروريات الحياة[١].

إن توفير الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة والتي تستقبل أى مريض في أى وقت والخدمات المقدمة في مستشفيات الجامعات والتأمين الصحي الذي يستفيد منه المشتركون فيه، ويجب في هذا المجال مد شبكة التأمين الصحي ليشمل جميع الأفراد بالدولة كما يجب أيضاً توفير وحدات صحية ومراكز استقبال في جميع المناطق حتى تكون الخدمة الصحية متاحة لأى فرد في أى مكان وبنفس الجودة وبسعر منخفض.

المطلب الثانى: التمويل والإنفاق في الاقتصاد الإسلامي

يظهر أثر الإنفاق العام في الاقتصاد الإسلامي من زاوية الإنتاج القومى على طاقة الأفراد في العمل والإدخار. وكذلك على القدرة في توجيه عناصر الإنتاج نحو أفضل استعمالاتها [٢].

أ- فاهتمام الدولة الإسلامية بالإنفاق على الخدمات العامة كالتعليم والصحة. الخ يعتبر بمثابة تشجيع للاستثمارات الإنسانية، يسمح

---

(١) د. فتحى أبو الفضل وآخرون، دور الدولة والمؤسسات فى ظل العولمة، مكتبة الأسرة ، مطابع الهيئة المصرية العامة فى الكتاب، القاهرة، ٢٠٠٤م ص١٢١.

(١) د. عوف محمود الكفراوى ، بحوث فى الإقتصاد الإسلامى ، مؤسسة الثقافة الجامعية ، الإسكندرية ، ٢٠٠٠ ص ٢١٣ .

من حيث المبدأ بتكوين رأس المال الإنسانى الضرورى لكل تنمية اقتصادية واجتماعية فهذا الإنفاق بإسهامه في تهيئة الفرد فكرياً وبدنياً يؤدى في النهاية إلى زيادة طاقة الإفراد على العمل، ويؤدى بالضرورة على زيادة دخولهم ومن ثمة مقدرتهم على الإدخار وفى كل ذلك دفع لعجلة الإنتاج والارتقاء به.

ب- وتأثير النفقات العامة الإسلامية على حوافز العمل والإدخار يبدو واضحاً فيما تنفقه الدولة الإسلامية في شكل إعانات ومساعدات لمعاونة الأفراد وتمكينهم من شق طريق مستقبلهم أو ضمان حد الكفاية لمعيشتهم عند الضرورة، ولعل إبراز ما يميز النفقات العامة الإسلامية في هذا الصدد، هو اقتصارها على حالات معينة لا تؤثر في حوافز العمل والإدخار كحالات العجز والشيخوخة والبطالة والاضطرارية فإن إطلاق هذه النفقات دون قيد أو شرط، يؤدى إلى هبوط مستوى الرغبة في العمل والإدخار، والميل إلى الكسل والتراخى والمرض اعتماداً على ما تؤديه الدولة من إعانات والإنفاق العام في الإسلام لا يؤثر على الإنتاج فحسب، بل يؤثر تأثيراً فعالاً على الاستثمار.

وعلى ذلك فالإنفاق العام في الإسلام يهدف إلى عجلة الإنتاج وزيادة الاستثمار وتنظيمه للإنتاج يسمح بمزيد من الاستثمارات بما يحققه النماء والتعمير، ولكنه يشترط أن يكون ذلك داخل دائرتين هامتين دائرة الحلال فلا يتجاوزها إلى ما حرم الله فيكون ذلك متفقاً والتشريع المالى الإسلامي. ودائرة العدل فلا يتجاوزها على الظلم فقد حرمة الله على نفسه وجعله محرماً بين عباده.

والعمر فرصة زمنية منحت للإنسان ابتلاء، والدنيا فرصة زمنية منحت للبشرية جمعاء، ومن هنا وجب على المسلم أن يستعمل أوقات الفراغ فما هو نافع ومفيد ومنتج قال رسول الله ﷺ لا تزول قدما عبد يوم القيامة حتى يسأل من أربع: عن عمره فيما أفناه، وعن علمه فيما فعل فيه، وعن ماله من أين أكتسبه وفيما أنفقه، وعن جسمه فيم أبلاه [(١)]وعلى ذلك فقد اهتمت الحضارة الإسلامية بالإنفاق والتمويل على الخدمات الصحية (البيمارستانات) تدعيماً لصحة الإنسان والمحافظة عليه.

يعتبر نظام الوقف من أفضل الأنظمة لتمويل المشروعات الصحية والعلمية والثقافية، كما يعتبر الوقف رمزاً للعطاء والسماحة، وعصباً للاقتصاد الإسلامي، ونظاماً راقياً للصدقات، ومورداً مستمراً للإنفاق. يحقق التكافل الاجتماعي، ويلبي الحاجات والمنافع لأي مجتمع إسلامي. وله أهمية تاريخية عظمى في الكفاح ضد الفقر والجهل والعجز (المرض). ونما هذا النظام وقوى في ظل التطورات التي حدثت في التاريخ الإسلامي، ومع مختلف أنظمة الحكم في الدولة الإسلامية[(١)].

وأن تشريع الوقف بالإسلام لم يخصص منافعه للمسلم، وإنما جعله عاماً، فإنشاء مدرسة يتعلم فيها الجميع، وكذلك مستشفى يعالج فيها

(١) سنن للترمذى ٤/٩٤٢ ، كتاب صفة القيامة ، وقال هذا حديث حسن صحيح .

(١) د.عبد الفتاح مصطفى غنيمة، الوقف في مجال التعليم والثقافة في مصر خلال القرن العشرين،العدد ٨٩، سلسلة قضايا إسلامية، مطبعة وزارة الأوقاف، (القاهرة)، ١٤٢٢هـ - ٢٠٠٢م ، ص ٢٨: ٣٣

الجميع دون تفرقة بين المسلم وغير المسلم. [٢] وكانت تمول الرعاية الصحية من تبرعات تطوعية من الأغنياء وأهل الخير، الذين كانوا يتسابقون في تجهيز البيمارستانات خاصة المتنقلة عند الغزوات أو إلى السجون، أو البيمارستان الذي كان يرافق الحجاج. والوقف مصدر من مصادر التمويل الصحي.

وتمويل غيره من وجوه النفع العام، وتحقيق التكامل الاجتماعي، وتأمين المعاش لطالبيه، مما يساعد في دعم الرعاية الصحية الكاملة، وحتى أصبحت " مؤسسة الوقف " المؤسسة الأولى التي موّلت صناعة الحضارة الإسلامية، وتجديد هذه الحضارة على مر تاريخ الإسلام.

---

(٢) د. شوقي أحمد دنيا ، أستاذ الاقتصاد الإسلامي بجامعة الأزهر ، (الوقف يحتاج إلى تحريك) ، جريدة الأهرام ، القاهرة ، ١٥ديسمبر ٢٠٠٢ ، ص١٣ .

المبحث الثالث

التـــأمين الصـحـــــي

مع انتشار الصناعة ظهرت الحاجة الملحة للعـــلاج، حفاظـــاً علـــى صحة المواطنين في عصر الإنتاج، ولأهمية القوى البشرية فـــي الارتفـــاع بمستوى معيشة الأفراد والارتفاع بمستوى الدخل القومى فظهر التـــأمين الصحي منذ أكثر من مائتين عام بين المنظمات العمالية في الدول الصناعة ومن أهداف التأمين الصحي، توفير الرعاية الصحية الكاملـــة للمـــواطنين، وحماية الطبقات الضعيفة في المجتمع في خطر المرض الذي يتعرضون له، ولا قدرة مادية لهم على حماية أنفسهم فيه واستكمال الإمكانيات العلاجيـــة بما يتناسب مع احتياجات السكان.

وبدأت الهيئة العامة في تطبيق التأمين الصحي على العمـــال فـــي مصر عام ١٩٦٤، واستطاع خلال العشر سنوات من بدأ التأمين الصحي أن يغطى حوالى نصف مليون مواطن (١)

وخلال دراستنا هذه سنوضح نماذج لنظم التـــأمين الصـــحي فـــي المملكة المتحدة البريطانية والولايات المتحدة الأمريكية كدول متقدمة وفى مصر كدولة من الدول النامية مع إيضاح لأساليب هذه الأنظمـــة لتغطيـــة احتياجات المواطنين.

---

(١) د . عبد المحيى محمود حسن صالح ، الصحة العامة وصحة المجتمع ، الأبعاد الإجتماعية والثقافية ، مرجع سابق ، ص ٣٨٩ .

نماذج للتأمين الصحي في دول العالم:

١-١ التأمين الصحي في المملكة المتحدة :-

بدأت دولة الرفاهة الحديثة في بريطانيا مع صدور القانون الوطنى للتأمين في عام ١٩١١م. فبموجب هذا القانون تم إنشاء نظام تأمين إجباري على الطبقة العاملة، مما قوض الحركة العمالية لمساعدة النفس، حيث إن الدولة أصبحت مسئولة عن ترتيب شئونهم بعد صدور هذا القانون. ثم جاء تقرير Beveridge في عام ١٩٤٢م ليزيد من المكاسب التي تحققت مع بداية القرن الماضى ويوصى بإنشاء دولة رفاهة شاملة جامعة، وكان من أهم توصيات هذا التقرير إنشاء خدمات صحية وطنية. وفى عام ١٩٤٤م صدرت الورقة البيضاء "الخدمات الصحية الوطنية اشتملت على ثلاثة عناصر رئيسية هي [١].

- ضمان توفير الفرص المتساوية لجميع السكان للحصول على الخدمات الطبية التي يحتاجونها بصرف النظر عن الإمكانات المالية أو العمر أو الوظيفة.
- فصل العناية بالصحة عن الإمكانات الشخصية وتقديم الخدمة الصحية مجاناً، فيما عدا بعض الرسوم المحتملة والمتعلقة بالمستلزمات.
- توفير خدمات شاملة تغطى جميع أوجه الطب الوقائى والعلاجى.

---

(٢) عبد المحسن بن صالح محيضر ، د. محمد التركى ، نظام التأمين الصحى فى المملكة العربية السعودية، مرجع سابق ، ص ٦١ .

وقد وضعت هذه المبادئ في صورة تشريعية في قانون الخدمة الصحية الوطنية الذي صدر عام ١٩٤٦م. وبمقتضى هذا القانون تم منح وزير الصحة السلطة لنقل ملكية أى مستشفى يراها مناسبة إلى الملكية العامة للدولة، وبالتالى تم تنظيم هذه المستشفيات تحت مظلة المجالس الصحية المحلية كنظام شامل للخدمة الصحية المجانية الذي مازال يعمل بهذا النهج حتى الآن رغم إعادة تنظيمها عدة مرات في أعوام ١٩٧٤ و١٩٨٢ و١٩٩٠ ولكن دون المساس بمجانية العلاج.

ويشبه هذا النظام في بعض جوانبه النظم الصحية الموجودة ببعض البلدان العربية التي تقدم خدماتها مجاناً للسكان، حيث لا توجد اشتراكات مالية في مؤسسة عامة للتأمين الصحي، ولا توجد إجراءات محاسبية يجب أن يتبعها المريض عند تردده على العيادات أو عند التنويم بالمستشفيات. ويتم تمويل النظام بنسبة ٩٠% من حصيلة الضرائب العامة والباقى من ضريبة الضمان الاجتماعى (١).

وتنقسم الخدمات الصحية الوطنية إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية التي يقوم بها الممارس العام، وخدمات الرعاية الصحية المتخصصة التي تقدم عن طريق الأخصائيين بالمستشفيات. والممارس العام هو نقطة اتصال المريض بالنظام، وللمريض الحق في اختيار الممارس العام الذي يرغبه، كما للأخير حرية الرفض أو قبول المريض ضمن مرضاه. وللحصول على خدمات الأخصائيين يجب أن يتم التحويل من قبل الممارس العام إلا في الحالات الطارئة.

---

(١) نفس المرجع السابق ص ٦٢.

وتشمل منافع النظام خدمات التنويم والخدمات الطبية العامة التي تشمل خدمات الأطباء العامين وأطباء الأسنان وأطباء العيون والخدمات الصيدلانية، وكذلك الخدمات الصحية المحلية التي تشمل خدمات الأمومة ورعاية الأطفال وخدمات التمريض المنزلى والتحصينات وبعض خدمات الصحة النفسية، إضافة إلى المستشفيات التخصصية التي توفر خدمات التنويم والعيادات الخارجية والرعاية النهارية للمرضى، بما في ذلك خدمات الأطباء الاختصاصين.

بجانب الخدمات الصحية الوطنية التي تقدم مجاناً للمرضى، ابتدأ القطاع الصحي الخاص في النمو وابتدأ التأمين الصحي التجارى يجد تشجيعاً، وقد وصلت نسبة السكان الذين لديهم تأمين صحى خاص ١٣% في سنة ١٩٩٦م، كما وصلت نسبة العمليات الجراحية التي يتم إجراؤها في مستشفيات القطاع الخاص ٢٠%.

١- ٢ التأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية :

تنعدم النظرة إلى الرعاية الصحية كأحد الحقوق المدنية للمواطنين في النظام الأمريكي الذي يعتمد أساساً على التأمين الطبي الخاص مع مساعدة حكومة فيدرالية لغير القادرين وكبار السن والمتقاعدين من القوات المسلحة، وتقدم هذه المساعدة من خلال [1]:-

- برنامج الرعاية الطبية لرعاية كبار السن فوق الخامسة والستين من العمر وذوي العجز الخطير

(١) محمد بن سالم البكر : أنماط التأمين الصحي ، ورقة مقدمة في ندوة التخطيط الصحي الثامنة المنعقدة بالكويت ، في الفترة من ١١- ١٣ إبريل ، ١٩٩٤م ، ص ٤٨ .

- برنامج المساعدة الطبية لرعاية الفقراء وغير القادرين .
- برنامج المحاربين القدماء، ويتولى أمر الإنفاق الصحي على المتقاعدين من القوات المسلحة وتوفير مستشفيات خاصة لهم في جميع أنحاء الولايات المتحدة، وفي الآونة الأخيرة، ونتيجة للارتفاع الحاد في تكاليف الخدمات الصحية ظهرت مشاريع الرعاية المدارة اقتصادياً لتحل محل التأمين الصحي التقليدي الذي انخفضت نسبته من ٩٦% في عام ١٩٨٠ لتصل إلى ٥% فقط في عام ١٩٩٠، ليحل محل صور أخرى بين خطط الرعاية الصحية.

وتشتمل خطط الرعاية الصحية المدارة اقتصادياً على :-

أ- منظمات الحفاظ على الصحة: (Health Maintenance Organization)

خطة تأمينية توفر من خلالها المنظمات الصحية المشاركة خدمات شاملة للمشتركين بأسعار محددة مسبقاً، وقد أثبتت فعاليتها في ضبط التزايد المطرد في أسعار الخدمات الصحية مقارنة بالطرق التقليدية للتأمين

ب- منظمات الرعاية المفضلة: Preferred Provider Organizations

خطة تأمينية تمنح المشاركين الفرصة للاختيار بين عدد من مقدمي الخدمة، ويكون الدفع في مقابل الخدمة، مع وضع ضوابط لتقليل النفقات وتكون الأسعار أقل في حال مراجعة المرضى للأطباء ومستشفيات معينة[١].

---

(١) خالد بن سعيد ، بدران بن عبد الرحمن العمر ، " تجارب عالمية مختارة في التأمين الصحي " ، ورقة مقدمة لندوة تقديم وتمويل الخدمات الصحية بين مسئوليات الدولة ودور القطاع الخاص، المنعقدة في الرياض ، الفترة من ١٢- ١٣ رجب ١٤١٧هـ ، الموافق : ٢٣ نوفمبر ١٩٩٦م ، ص ١٠٥ .

وبالنسبة للأشخاص الذين لا تتم تغطيتهم بأحد هذه الطرق ولا يستطيعون الحصول على تأمين صحي خاص، فهم يتعرضون لمخاطر صحية شديدة، وعلى الرغم من الإنفاق الكبير على الرعاية الصحية إلا أنه هناك أكثر من ٣٥ مليون أمريكي بدون أي حماية مالية من تكاليف الرعاية الصحية وبدون أي تغطية تأمينية صحية من أي نوع.

وعلى الرغم من تقدم البحوث الطبية وتطور المستشفيات الأمريكية وتزويدها بأحدث الأجهزة والتقنيات، والإنفاق الكبير على الرعاية الصحية، إلا أن المؤشرات الصحية منخفضة في الولايات المتحدة وأقل من بلدان أخرى، وهذا ما وضحه الباحث في دور المستشفيات في الرعاية الصحية. وهل نظام التأمين الصحي المطبق هو السبب وراء ذلك ؟

ووراء هذا، التكلفة المتزايدة نحو إمكانية حصول غير المؤمن عليهم على الرعاية الصحية وارتفاع التكلفة وعدم رضا الأمريكيين عن نظام الرعاية الصحية.

لقد حاول الرئيس – بيل كلينتون – إصلاح الأنظمة الحالية من خلال مشروع تأمين صحي وطني يوفر الرعاية الطبية لجميع مواطنين الولايات المتحدة الأمريكية، ولكن هذا المشروع تعثر تمريرة بالكونجرس الأمريكي: وأهم خصائص هذا المشروع (١):

١- تغطية المواطنين بمظلة التأمين الصحي.

٢- توفير حرية الاختيار بين عدة خطط تأمينية .

---

(١) محمد بن سالم البكر ، " أنماط التأمين الصحي " ، مرجع سابق ، ص ٤٩ ــ ٥٠ .

٣- التحويل من خلال مشاركة أرباب العمل والعاملين في التكلفة.
٤- ضمان جودة الخدمات المقدمة.

١-٣ التأمين الصحي في مصر:

الخدمات الصحية في مصر تقدم من خلال ثلاثة مصادر هي [٢]:

١- القطاع الحكومي: يشمل مقدمي الخدمة في القطاع الحكومي على وزارة الصحة (٦٢%) ووزارة التعليم العالي ممثلة في المستشفيات الجامعية (١٤%) ومجموعة أخرى من الوزارات التي تقدم خدمات صحية لمنسوبيها مثل :- وزارة الدفاع، والداخلية، والنقل، والزراعة.

٢- القطاع العام :- ويشمل مقدمى الخدمة في هذا القطاع على الهيئة العامة للتأمين الصحي (٤.٥%)، والمؤسسة العلاجية (٤.٤%)، وهيئة المستشفيات التعليمية (٤.٢%)، وشركات الدفاع العام (١%).

٣- القطاع الخاص :- ويقدم جميع الخدمات من خلال عيادات الأطباء والمستوصفات والمستشفيات الخاصة بجميع مستوياتها وأحجامها.

وتلعب الهيئة العامة للتأمين الصحي دوراً رائداً في توفير التأمين الصحي الاجتماعي لشرائح متعددة من السكان، وهي هيئة مستقلة تتبع تنظيمات وزارة الصحة والسكان، وقد تم إنشاؤها عام ١٩٦٤ لتقديم تأمين صحي إجباري، وفي البداية كان الهدف هو التغطية الاجتماعية والصحية

(٢) د. عبد المحسن بن صالح الحيدر ، د. محمد التركي ، " نظام التأمين الصحي التعاوني " ، مرجع سابق ص ٧٠ : ٧١

لجميع السكان، وعلى أساس أن الخدمات الصحية حق لكل مـــواطن، وأن العلاج الطبي لا يجب أن يكون سلعة تباع وتشترى، وواكب ذلـــك صـــدور قانون التأمين الصحي في سنة ١٩٦٤، أيضاً، والذي أتاح التأمين للعاملين في القطاعين العام والخاص وبعض العاملين في القطاع الحكومي[(١)].

وقد تم التخطيط لكي تمتد هذه المظلة التأمينية لتشمل المســـتفيدين المؤهلين بدءاً من بعض مجموعات العاملين، ثم يمتد ذلك ليشـــمل جميـــع العاملين وأصحاب المعاشات المتقاعدين وذويهم،وبدأ التنفيذ في ذلك الوقت في محافظة الإسكندرية[(٢)] .

وتدير الهيئة العامة للتأمين الصحي عدة برامج منفصلة للتأمين الصـــحي الاجتماعي وفقاً لقوانين مختلفة تشتمل[(١)]: –

- برامج التأمين على الموظفين الذين تمت تغطيتهم التأمينية من خلال قانون رقم ٣٢ لعام ١٩٧٥م وهم جميعاً الموظفين بالقطاع الحكومي.
- برامج التأمين على الموظفين الذين تمت تغطيتهم التأمينية من خلال قانون ٧٩ لعام ١٩٧٥م، وهم بعـــض العـــاملين بالقطـــاعين العـــام والخاص والتأمين على أصحاب المعاشات (المتقاعدين) أو الأرامل.

---

(١) د. سلوى عثمان الصديقي ، مدخل في الصحة العامة الرعاية الصحية والاجتماعية ، مرجع ســـابق ، ص ٢٥٦: ٢٦٠

(٢) نفس المرجع السابق ، ص ٢٥٩ : ٢٦٠

(١) د. عبد المحسن بن صالح الحيدر، د. محمد على التركي ، نظام التأمين الصحي التعـــاوني ، مرجـــع سابق، ص٧١ .

- برامج التأمين على الطلبة الذين تمت تغطيتهم التأمينية وفقاً لقانون ٩٩ لعام ١٩٩٢م، ويشمل هذا البرنامج جميع الطلبة (أكثر من عشرة ملايين طالب).

ويشتمل الخدمات الصحية التي تكلفها الهيئة العامة للتأمين الصحي على خدمات التنويم بالمستشفيات وخدمات العيادات الخارجية وخدمات التوليد، والتحليلات والفحوص الإشعاعية، والعقاقير، خدمات الفحص الطبي الدوري لثمانية ملايين عامل (سواء تشملهم مظلة التأمين الصحي أم لا) من العاملين المعرضين لمخاطر مهنية، أو المعرضين للإصابة بأمراض المهنة، ويتم في هذا الصدد مراقبة حدوث أي خطراً أو مرضاً مهنياً وفقاً لجداول زمنية خاصة بذلك، ويتم علاج المخاطر والأمراض المهنية التي يتم اكتشافها[٢].

ومما هو جدير بالذكر أن العاملين الذين تغطيهم خدمات التأمين الصحي وفقاً لقانون ٣٢ وقانون ٧٩ لعام ١٩٧٥، يحق لهم تلقي جميع الخدمات المتاحة بما في ذلك خدمات زراعة الأعضاء وجراحات التجميل والعلاج بالخارج، ولا توجد حدود على نوعية أو كمية الخدمات، وتغطي الهيئة العامة للتأمين الصحي حالياً ٣٥% فقط من السكان البالغ عددهم قرابة ٧٠.٥ميون وفقا لاخر إحصاء سكانى عام ٢٠٠٤ [١]

(٢) المرجع السابق ذكره ، ص ٧٢ .

(١) المرجع السابق ذكره ، ص ٧٢ .

تمويل الهيئة العامة للتأمين الصحي:

يتم تمويل الهيئة العامة للتأمين الصحي من خلال[٢]

- الاشتراكات التي تخصم من رواتب المستفيدين (١.٥% من الراتب)، المبالغ النقدية التي تم دفعها كنسبة من تكلفة الخدمة، ومن إسهامات أرباب الأعمال، من خلال اشتراكات يدفعها الطالب بواقع أربعة جنيهاً سنوياً، يضاف إليها ١٢ جنيهاً كمساهمة حكومية، ومن خلال ضريبة على السجائر بواقع ١٠قروش عن كل علبة، بالإضافة إلى ذلك تتلقى الهيئة العامة للتأمين الصحي أموالاً إضافية من وزارة المالية لتغطية خسائرها المالية السنوية .

التأمين التعاوني من قِبل النقابات المهنية :

تقدم النقابات المهنية نوعاً من التأمين التعاوني لمنسوبيها وأفراد أسرهم وفقاً لأنظمة أو شروط متعددة، ويتيح هذا النوع من التأمين للمشتركين تلقى الخدمات العلاجية في العيادات والمستشفيات الخاصة بما في ذلك خدمات التنويم بالمستشفيات ويمول هذا التأمين من خلال الاشتراكات السنوية التي يدفعها المشتركون، إضافة إلى ما يدفعونه نقداً عن كل زيارة كجزء من تكلفة الخدمة، وتتناوب درجة نجاح تشغيل هذه الأنظمة من نقابة لأخرى مع عدم وجود أي تنسيق بين هذه النقابات [٤].

التأمين الصحي التجاري :

---

(٢) المرجع السابق ذكره ، ص ٧٢ .

(١) المرجع السابق ذكره ، ص٧٣

صدر قانون عام ١٩٩٨، قانون يبيح ١٠٠% من ملكية شـــركات التأمين العاملة في مصر للشركات الأجنبية ،ورغم ذلك تعثرت خصخصـــة هذه الشركات (وهي أربع شركات رئيسية مملوكة للدولة) وذلك لأســـباب اجتماعية، حيث تشترط الشركات الأجنبية لشراء هذه الشـــركات تخفـــيض عدد العمالة مما ترفضه الحكومة[١] .

ويقتصر نشاط التأمين الصحي التجاري لهذه الشركات، بالإضـــافة إلى بعض فروع الشركات الأجنبية العاملة في مصر، على شريحة محدودة للغاية من العاملين في الشركات الأجنبية والمتعددة الجنسيات.

واقع التأمين الصحي في مصر الآن :

آخر إحصائية لعدد المنتفعين بالتـــأمين الصـــحي بلغـــت حـــوالي ٢٩مليون مواطن، وهناك خطط داخل أروقة وزارة الصحة، يتم العمل على تنفيذها، على قدم وساق من أجل زيادة عدد المنتفعين به، بحيـــث يغطـــي كافة فئات الشعب المصري، حسبما صرح ويؤكد وزيـــر الصـــحة بصـــفة مستمرة [٣].

والتأمين الصحي أصبح هو الملاذ لملايين المصريين، بعد أن فقدوا الأمل في الحصول على خدمة طبية تؤدي الغرض من قبل وزارة الصـــحة، وبعد ما بدأت الحكومة تفض يديها من مسألة العلاج المجاني، وأصبحت

---

(٢) المرجع السابق ذكره ، ص٧٣

(٣) موقع شبكة الإنترنت ، " المصريين والتأمين الصحي "

http://www.freeweds.com/reportage٢/secu.htm

تستعيض عنه بالقرارات الصادرة بالعلاج على نفقة الدولة، والتـــي يقــف البسطاء والفقراء أمامها مكتوفي الأيدي.

وعلى الرغم من المشاكل التي يعانيها مرضى التأمين الصـــحي، إلا أننا أمام تقرير يوضح تطور الهيئة منذ عام ١٩٩٥م وحتـــى الآن، وهــو تقرير يوضح الآتي بالحقائق والأرقام .

جدول (٦)

تقرير الهيئة العامة للتأمين الصحي من ١٩٩٥: ٢٠٠٢م

المؤشر	١٩٩٥	٢٠٠٢
– المؤمن عليهم .	٢١ مليون	٢٩ مليون
– عدد آسرة المستشفيات .	٦٣٨٠ سرير	٧٧٨٩ سرير
– عدد العيادات الخارجية .	٣٦٨ عيادة	٥١٢
– مرض الفشل الكلوي المستفيدين من التأمين	٢٧٠٢مريض	٥٤٢٥
الصحي	٢٦.٠٠٠	٢٨.٠٠٠
– حالات العرض الممارس	٢٢٣	٤٥٠ مليون
– عدد حالات دخول المستشفيات .	٣٦٥ مليون	٥٥٠
– تكلفة الدواء	١٣٠عملية	٢٦٠٠
– عمليات جراحة القلب .	٩	٤٦
– عمليات زرع النخاع .	٣٠٠	٥٠٠
– عمليات زرع الكلى .	١٠.٠٠٠	١٢.٠٠٠
– حالات الأورام .	٣٥٠	٤٥٠
– عدد الصيدليات .		

المصدر: تقرير الهيئة العامة للتأمين الصحي في مصر منذ عام ١٩٩٥ حتى ٢٠٠٢م

ويتضح من هذا الجدول الآتي :

- **ارتفاع تكلفة الدواء بالهيئة من ٣٦٥ مليون جنيه عام ١٩٩٥ إلى ٥٥٠ مليون جنيه عام ٢٠٠٢، وأصبحت نسبة الديون المستحقة على الهيئة بلغت مليار جنيه والسبب ارتفاع التكاليف.**
- **انخفاض تكاليف علاج المريض من ٢١٤٠ جنيه عام ١٩٩٧ إلى ألفي جنيهاً عام ٢٠٠٢م**

مما يعني تدهور الرعاية الصحية الواجبة إزاء الأفراد، وهذا يعني أن التأمين الصحي يعاني العجز في التمويل مما يترتب عليه سوء الخدمات المقدمة مع زيادة أعداد المؤمن عليهم وارتفاع أعدادهم. وأن ذلك أدى في النهاية إلى فشل الهيئة في تقديم خدمة صحية جيدة. وعجز الهيئة على تطوير خدماتها التأمينية .

ورغم التكدس والزحام وغياب الأطباء .. وسوء الخدمة المقدمة وتراجع مستواها إلا أننا فوجئنا بأن الدكتور / عوض تاج الدين[١] – يعلن أنه وخلال السنوات القادمة سوف يشمل التأمين الصحي جميع المواطنين في مصر، مؤكداً أنه يجري حالياً بحث وتطوير لبعض وحدات الهيئة لاستيعاب الأعداد الجديدة، ويتم في ذات الوقت استكمال بناء بعض المنشآت المعطلة منذ سنوات وتطوير قاعدة البيانات الخاصة بالمؤمن عليهم .

(١) د. عوض تاج الدين ، أستاذ الأمراض الصدرية ووزير الصحة ، بجمهورية مصر العربية . موقع شبكة الإنترنت

http://www.Freewebs.com/ reeeportag٢/secu . htm.

ويلاحظ أن نظم التأمين الصحي وكذلك الخدمات الصحية الحكومية في كثير من الدول يكتنفها الكثير من الفقــد والضـــياع وســـوء اســـتخدام الموارد المخصص لها، كأن تصرف الأدوية بدون مرض حقيقى مع إهمال تشغيل الأجهزة الطبية، وسوء التعاقدات على الأجهزة الطبية ومســـتلزمات العلاج الجارية: وغيرها، وذلك بسبب عـــدم تحديـــد المســـئولية ونقـــص المعلومات للحكم على مدى فعالية التكاليف في مجال التأمين الصحي، بينما تتسم الخدمات الصحية المقدمة من خلال القطاع الخاص بمستوى مرتفـــع من الكفاءة والفاعلية .

وبرغم ذلك فإن الإقتصار على تقديم الخدمات الصحية مـــن خـــلال القطاع الخاص لن يؤدى إلى تحقيق معيار العدالة فـــي تقـــديم الخـــدمات الصحية وهو ما يؤكد أهمية بل ضرورة تقديم بعض الخدمات الصحية من خلال إطار حكومى، وكذلك نظم التأمين الصحي، وصولاً إلى معيار العدالـــة مع التأكيد على ضرورة تحقيق معيار الكفاءة والفاعلية من خلال ترشـــيد استخدام الموارد.

إن إتساع مظلة التأمين الصحي هي حماية للفقراء المرضى وتدعيم لقواهم الإقتصادية والاجتماعية، وأن التأمين الصحي لا يخـــالف الشـــريعة الإسلامية .

المزايا والعيوب في القطاع الصحي الحالى في مصر:

أولاً: مزايا القطاع الصحي في مصر [1]

(١) وردة هاشم . وزارة الصحة ، سلسلة الوزارات المصرية ، مركز الدراسات السياسية والإســـتراتيجية بالأهرام ، القاهرة ٢٠٠٤ ، ص ٩٥ .

الدولة ترعى رسمياً كل المواطنين من خلال الخدمات المجانية، المقدمة من وزارة الصحة وغيرها من الوزارات، وكذلك الخدمات التأمينية المقدمة من الهيئة العامة للتأمين الصحي وغيره، بتمويل من الشركات، والجهات الحكومية، للعاملين، والطلبة، وذوى المعاشات والأرامل.

١- إتاحة ولوج المواطنين للوحدات "إتاحة فيزيقية" تغطى أكثر من ٩٥% من السكان (بصرف النظر عن نوعية الخدمة المتاحة حتى الآن).

٢- وجود قاعدة تحتية هائلة من الوحدات (عيادات ومستشفيات)، ومن القوى البشرية خاصة الأطباء.

٣- إمكانية الحصول على نوعية راقية من الخدمات التقنية.

٤- الإتاحة للأصناف الدوائية.

٥- مستوى التطعيم الإجبارى، وهو بصفة عامة محقق بمستوى جيد.

٦- تناقص معدل نمو السكان متحقق بمستوى محدود حتى عام ٢٠٠٠.

٧- إتاحة الحصول على المياه، لأكثر من ٨٠% من السكان، كما إن الإصحاح الصحي يتزايد تدريجياً لمستوى أفضل.

٨- تزايد النسبة المخصصة للرعاية الصحية من الناتج القومى الإجمالى إلى حوالى ٤% عام ١٩٩٨، وذلك بالمقارنة، بما كان في أوائل التسعينيات، وبالرغم من أن المتوسط المخصص في العالم يرقى إلى ٧.٤% من الناتج القومى الإجمالى العام.

غير أن تلك النقاط القوية، لم تؤد إلى نظام صحى فعال وكفء، حيث أن هناك مشكلات أساسية بنيوية (هيكلية) تحد من فاعلية الأداء وكفاءته.

ثانياً: عيوب القطاع الصحي في مصر:

وهى تمثل تحديات مستقبلية يجب تصحيحها، بما يمكن من الانطلاق، بعد رفع قدرة النظام وفعاليته وكفاءته لتحقيق أهداف المرحلة القادمة (من ٢٠٠٠ إلى ٢٠٢٠) كما حددتها منظمة الصحة العالمية في مؤتمرها عام ١٩٩٨. [١]

ويمكن تلخيص تلك المشكلات فيما يلى:

أ- مشكلات خاصة بمخرجات الخدمات الصحية:

١- لا يزال معدل وفيات الأمهات مرتفعاً.

٢- لا يزال معدل وفيات الرضع والأطفال - أقل من خمس سنوات - مرتفعاً، وأعلى من بعض الدولة المماثلة لمصر دخلاً.

٣- لا يزال التفاوت بين الحضر والريف قائماً، فمثلا يصل المتوسط العام الكلى لوفيات الأطفال، أقل من خمس سنوات إلى وفاة واحدة من بين كل ١٦ طفلاً طبقاً لبيانات اليونيسيف على حين يصل في ريف الوجه القبلى إلى وفاة واحدة من بين كل ٨ أطفال.

٤- لا يزال ممكنا تحسين برامج الصحة العامة للأمراض الوبائية السارية، بصورة أفضل، وصولاً إلى معدلات أفضل. أما برامج الصحة العامة، للأمراض غير السارية فلا تزال محدودة وفقيرة في توجهها إلى عموم المواطنين.

---

(١) سمير فياض ، الصحة فى مصر ، الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام ٢٠٠٢ ، المكتبة الأكاديمية، القاهرة ، ٢٠٠٢ ص ٨٦

٥- برامج الوقاية وحماية وتعزيز الصحة لا تزال بحاجة إلى التركيز على نمط الحياة المعاش، والأمراض ذات المسببات المجتمعية الناتجة من التدخين، والحوادث، وفرط التغذية.

٦- لا تزال الأمهات لا يلقين الرعاية الواجبة، في فترة ما قبل الحمل، حيث لا تزيد تلك المتابعة بواسطة فنى مدرب صحياً عن ٢٨%.

٧- وأخيراً لا تزال مشكلة سوء ونقص التغذية تمثل خطورة كبيرة، خاصة في الريف، والمناطق الهامشية في الحضر، بما يرفع نسبة التقزم تحت سن الخامسة إلى حوالى ٢٥%، وبما يصل بنسبة الهزال الشديد بينهم إلى حوالى ٤%.

ب- مشكلات تتعلق بالعدالة وإتاحة الحصول على الخدمات الصحية:

- لا تزال الرعاية التأمينية لا تغطى إلا أقل من ٤٠% من المواطنين، أغلبهم إما من البالغين الذكور بالحضر ممن يخدمون في الحكومة أو قطاع الأعمال (العام سابقاً)، أو قطاع العمل الخاص المنظم، أو من أرباب المعاشات والأرامل، وإما من أطفال المدارس، ونسبة محدودة ممن ينتمون إلى شريحة ما قبل السن المدرسى.[١]
- لا تستند موارد النظام إلى قدرة المواطنين على دفع المقابل المادى، حيث يتحمل الفقراء نسبة مئوية أكبر من دخلهم للإنفاق على الرعاية الصحية، كما أن متوسطى الدخل يتحملون، بصفة منتظمة، دفع

---

(١) الهيئة العامة للتأمين الصحى ، تقرير المتابعة السنوى للفئات المنتفعة من نشاط الهيئة خلال عام ٢٠٠٠/٢٠٠١ ، ص ٣٠ .

ضرائب بنسبة مئوية من دخلهم، أكثر مما يتحمل الأكثر يسراً، في دفع ضرائبهم، وذلك ما يؤدى إلى عدم انتظام دفع الضرائب طبقاً لشرائح الدخل المجتمعة، بل وإلى تناقصها في بعض الشرائح العليا، مما يؤثر على قدرة تمويل النظام الصحي.

- تفاوت الإنفاق العام، والإنفاق الصحي، للفرد الواحد، بين الحضر والريف، حيث يزيد الإنفاق العام للفرد في الحضر عن الريف بواقع ٦٧%، ويزيد الإنفاق الصحي للفرد في الحضر عن الريف بواقع ٧٩%.
- تفاوت الإنفاق الصحي بين شرائح الدخل، حيث لا تحصل شريحة الدخل الدنيا إلا على ١٦% من الإنفاق الصحي العام، على حين تحصل شريحة الدخل العليا على ٢٤% من الإنفاق الصحي العام، بخلاف حصة الأسد في الإنفاق الصحي الخاص.
- أما نظام وأحوال التوظف ذات المرتبة المنخفض فتحفز مقدمى الخدمة من الأطباء حفزاً سلبياً، فيلجأون إلى تحويل حالات المرضى بالوحدات الحكومية للتوجه إليهم في عيادات الممارسة الطبية الخاصة ووحداتها. وذلك ما يؤدى إلى زيادة التكلفة، وتآكل شبكة وزارة الصحة والسكان في تحقيق الأمان الاجتماعى والصحي للمواطنين.
- إن انتفاع السكان الفقراء بالدعم الدوائى المقدم من الدول محدود، حيث أنه لا يقدم إلى الفقراء وإنما إلى الكافة، ويصعب على الفقراء الاستفادة منه.

جـ - مشكلات تتعلق بكفاءة الإدارة، والتمويل [1]

١- وصلت نسبة الإنفاق الصحي من الناتج القومى الإجمالى إلى ٣.٧% في عام ١٩٩٧، ووصلت نسبة الإنفاق الصحي الحكومى إلى حوالى ٣%، ثم إلى ٤% من الموازنة الحكومية، وهى نسبة منخفضة، بالمقارنة بالمعدلات العالمية للإنفاق الصحي والتي تبلغ ٧.٤% من الناتج العالمى الإجمالى.

٢- تتجزأ الخدمة الصحية العامة إلى ٢٩ هيئة ومنظمة محدودة الروابط والعلاقات، وتلك المنظمات تتعلق بالتمويل والإنفاق، وتوزيع الحصص المالية الاستثمارية والجارية، وتقديم الخدمات الصحية، طبقا لما تم إيضاحه مسبقاً، ولكل من تلك المنظمات أهدافها، وسياساتها، وخيارتها، وتأثرها وتأثيرها على القطاع العام، وعلى القطاع الخاص، ومنظمات كل منها ووحداتها.

٣- وتتعدد مصادر التمويل، في الوقت الذي يحدد فيه كل مصدر تمويلى مجموعة قواعد تحكم توظيف تمويله، بديلاً عن مجموعة قواعد واحدة تحكم النظام الصحي ككل، يشجع مقدمى الخدمة على التلاعب بالتكلفة في محاولة منهم لتغطية دخلهم من الممارسة المهنية، بل ويستبعد الاستخدام الكفء للموارد المالية الحكومية، والخاصة، لتحقيق خدمة أفضل، وأيسر، وأقل تكلفة.

---

(١) عفت عبد الله الزغبى ، سياسات التأمين الصحى فى مصر ، مركز دراسات استشارات الإدارة العامة ، كلية الإقتصاد والعلوم السياسية ، جامعة القاهرة ، ٢٠٠٣ ، ص٥٠

٤- توضح الدراسات الخاصة بتكلفة الوحدة القياسية في مستشفيات وزارة الصحة والسكان، وفى الهيئة العامة للتأمين الصحي تفاوتات وتباينات في كفاءة الأداء بين تلك المستشفيات تتراوح نسبها ما بين ٣: ٤: ١، كمتوسط تكلفة، عن يوم الإقامة بالمستشفى أو كمتوسط لحالة الدخول الواحدة.

٥- يبلغ معدل الأسرة في مصر سريرين لكل ألف من السكان، وهو معدل أصبح مناسباً للاحتياجات الطبية بالأسلوب المعاصرة لتشغيل الأسرة. كما أنه ملائم بالقياس للدول مماثلة الدخل. ولكن تلك الأسرة بحاجة إلى تجهيز وتجديد أكثر معاصرة، ونظم معلومات، وإدارة، وتنمية قوى بشرية، تتلاءم وقواعد الجودة، والتحكم الإحصائى المنظم.

٦- وفيما يتعلق بمدة إقامة المريض في المستشفى فإنها تختلف من مستشفى إلى آخر بالنسبة للحالة المرضية الواحدة، أو المماثلة، طبقاً لبعض العينات التي تمت دراستها في مستشفيات وزارة الصحة.

٧- أما عدد الأطباء في مصر، فعددهم يزيد على أكثر من ثلاثة أضعاف العدد الموجود لكل ألف من السكان، بالمقارنة بالدول متماثلة الدخل مع مصر.

٨- ويقترب عدد الأطباء على مستوى الجمهورية، من عدد الأسرة المتاحة (بمعدل يقترب من طبيب واحد لكل سرير واحد متاح).

٩- وفى مصر يصل عـدد الأطبـاء الأخصـائيين، إلـى ٦٠% مـن المشتغلين بالرعاية الصحية في وزارة الصحة، والباقى فقط هم من الأطباء الممارسين، العاملين في مجال الرعاية الصـحية الأوليـة، ويزداد اختلال تلك النسبة بإضافة الأطباء العـاملين خـارج وزارة الصحة.

١٠-وتقوم كليات الطب، سنوياً، بتخريج أعداد من الأطباء تزيد عـن ضعف الحاجة، حيث ينضمون إلى الأعداد الزائدة مـن الأطبـاء خريجى السنوات السابقة.

ونظراً لأن الإنفاق الصحي الكلى مازال منخفضاً، وبسبب انخفـاض الكفاءة التوزيعية للوحدات والموارد والأفراد وانخفاض الكفـاءة التقنيـة للإدارة والتنظيم والأداء المهنى، وانخفاض جودة المنتج الخدمى، فإن مـا يقدم من اقتراحات خاصة بالتوسع لمواجهة الزيادة السكانية، والتغير فـي نمط الأمراض تجعل النظام غير قابل للاستمرار بتلـك المواصـفات علـى المدى الطويل.

والهيئة العامة للتأمين الصحي لا تسير على أسس سـليمة حاليـاً، وأى مقترحات توسيعية لتغطية فئات سكانية أوسع بدون تـوفير المـوارد والإمكانيات لن يؤدى إلى تزايد عدم السلامة التمويلية والأدائية.

كما أن التوسع لتغطية فئات سكانية أخرى، في نظام صـحى غيـر كفء، لن يؤدى إلا إلى مردود متدن لذلك الإنفاق طبقاً للنظام القائم.

الباب الثانى

دراسة المشكلات الصحية فى الإقتصاد الوضعى والاقتصاد الإسلامي

بعد استعراض للسياسات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي في الباب الأول. تبين لنا مفهوم الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي كما عرفها العلماء المعاصرون والتي يجب الوصول إليه، ومعرفة مدى اهتمام الإسلام بالصحة منذ أكثر من أربعة عشر قرناً، ومدى اهتمام العلماء المسلمون بالصحة أمثال: أبن النفيس، وأبن سينا وابن خلدون وغيرهم، ثم كانت الأهداف الصحية التي ينشدها المجتمع، وتنشدها الدول، والمنظمات العالمية، والمؤسسات الدولية التي تضعها لشعوبها. ثم استعراض لصور التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية على اعتبار أنها جزء من اقتصاديات الصحة، وتساعد في مدى ملائمة الخدمات المقدمة مع مستوى معيشة المواطنين، بشكل عادل وعدم حرمان أى شخص من العلاج لأى سبب إقتصادى أو إجتماعى. ولكن قبل ذلك يجب أن نضع نصب أعييننا دراسة المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي وما ينتج عنها من أمراض، حيث أن تأثير المشكلة الصحية الاقتصادية لم يكن غاية في حد ذاته، وإنما وسيلة تساعد على تحقيق أهداف السياسات الصحية لرفع المعاناة وأحداث التنمية البشرية بحيث تؤتى ثمارها المرجوة بالسيطرة على الأمراض، ثم خلو المجتمع منها.

ومن أسباب ودوافع المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي، الفقر، وعدم توافر المياه الصالحة للشرب وسوء التغذية، والزيادة السكانية وغيرها، ومن الآثار المترتبة على المشكلات الصحية انتشار الفقر والضعف، والبطالة، وضعف الأداء الإداري، وضعف الإنتاجية، وركود النشاط الاقتصادي وغيرها، مع الأخذ في الاعتبار أن كل سبب أو أثر للمشكلات الصحية الاقتصادية له نوع من الأمراض وكلها تضر بالاقتصاد القومى وضعف معدلات التنمية. لذلك تعمل الدول والشعوب جاهدة في القضاء على الأمراض، والمحافظة على صحة أفرادها، وهناك من المؤشرات الصحية، والبيانات الإحصائية، والتحليلات الاقتصادية التي يمكن استخدامها لمواجهة المشكلات الصحية، ومعرفة المطلوب حيال هذه المشكلات. ووضع الأنظمة الصحية المناسبة.

وفى الباب الثاني الذي نحن بصدده سيتم التعرف على المشكلات الصحية من حيث أسبابها، وآثارها، والأمراض الناتجة عنها، في فصلين، الفصل الأول: أسباب المشكلات الصحية الاقتصاد الوضعي والإسلامي، الفصل الثاني، الآثار المترتبة على المشكلات الصحيةمن حيث الآثار الاجتماعية والآثار الاقتصادية، ثم معالجة هذه الآثار في منهج الاقتصاد الإسلامي.

الفصل الأول

أسباب المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي

اليوم ومع المتغيرات المنظورة على الساحة العالمية في بداية القــرن الـــ ٢١، لقد اتضح أن العالم يعاد رسمه في خريطة سياسية اقتصادية، بل واجتماعية خاصة بعد أن انتهت ازدواجية العــالم، بانحســار الشــيوعية، وانفراد قطب واحد في ريادة السيادة العالمية، ولسوف تستمر تلك الريــادة حتى يظهر قطب آخر في أوربا الموحدة أو الصين البازغة أو غيرهم. كذلك تطور العالم اقتصادياً بظهور دور البنك الدولي، وصندوق النقــد الــدولي، انتهاء بقوانين الجات التي تمخضت في تكوين منظمة التجارة العالمية وما تحتويه من اتفاقيات ملزمة لكل من وافق عليها منــذ عــام ١٩٩٤، ومــا وصلت إليه من أساليب لانتقال رؤوس الأموال والســلع ووســائل الإدارة والقوى العاملة بما يؤثر على حرية الدول وسيادتها وسياستها، وبالتــالي صحة سكنها وبقائها [١].

بالإضافة إلى ظواهر عديدة مؤثرة علــى الصــحة منهــا: النظــام العالمي الجديد والعولمة، وقضايا حقوق الإنسان وحقوق الفرد في الصحة والتعليم، ظهور التكتلات العالمية العملاقة التي احتوت ٨٥% مــن ســكان العالم في شراكات، ومازال العالم العربي بعيــداً عنهــا حاليــاً، والتطــور الانقلابي في مفاهيم الملكية الفكرية والصناعية ومخاطر تطبيقها خاصة في

---

(١) موقع شبكة الإنترنت : إسلام ست مؤتمر العولمة بتاريخ ٢٠٠٣/١/١٥
http://islamset .com/Arabic/globe/res/badranT.html

مجالات الغذاء والدواء، واختلاط الحضارات واللغات والثقافـــات وتـــداخل التكنولوجيا مع انحسار الذاتية وشحوب الهوية .

وعلي هذا تبقى أسباب ودوافع المشكلات الصحية من هذه الأسباب التالية خاصة في العالم العربي والإسلامي والدول النامية ونستعرض هذا الفصـــل من خلال مبحثين :

- المبحث الأول: أسباب المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي.
- المبحث الثاني: سياسة الاقتصاد الإسلامي في علاج المشكلات الصحية.

المبحث الأول
أسباب المشكلات الصحية
في الاقتصاد الوضعي

نظراً إلي مشاكلنا الصحية في العالم الإسلامي كجزء من العالم النامي غنياً كان أم فقيرا. نجد أنها تقع بين حالتين هما [1]:-

أولا :- جوع وبطالة وهجرة في الدول غير القادرة.

ثانيا :- ترف واستهلاك وقلق في الدول التي تعاني من مشكلات الوفرة.

ويمكن تحليل هذه المشكلات الواقعة في الحالتين وذلك من خلال عرض أسباب ودوافع المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي كما يلي :-

أولا – مشاكل الفقر .

ثانيا – عدم توافر المياه الصالحة للشرب .

ثالثا – سوء التغذية .

رابعا – الزيادة السكانية .

خامسا – نقص الإمكانيات للموارد للخدمات الصحية .

سادسا – التوتر العصبي الذي يصاحب حياة العصر .

سابعا – أسباب وراثية.

---

(١) المجالس القومية المتخصصة ، دورية المجالس القومية المتخصصة ، العدد الرابع ، السنة السادسة ، القاهرة ، أكتوبر – ديسمبر ١٩٨١م ، ص ٢٥ .

أولا:– مشاكل الفقر :

الفقر مصدر فقر، والفقير هـو المحتـاج، والفقـر ضـد الغنـى وهو:عبارة عن فقد ما يحتاج إليه، أما فقد ما لا يحتاج إليه فلا يسمى فقراً [(1)]. وقد ذكر الله سبحانه الفقر، والفقير، الفقراء في القرآن الكـريم فقـال تعالى :- ﴿ ٱلشَّيۡطَٰنُ يَعِدُكُمُ ٱلۡفَقۡرَ ...﴾[سورة البقرة:٢٦٨]، ﴿ ۞ إِنَّمَا ٱلصَّدَقَٰتُ لِلۡفُقَرَآءِ وَٱلۡمَسَٰكِينِ ...﴾[سورة التوبة:٦٠]. **وخط الفقر: هو مستوى الـدخل الذي لايمكن دونه تحمل تكاليف الحد الأدنى للغذاء الكافى والمتطلبات غير الغذائية الأساسية، والفقر من أخطر المشكلات التـي تـؤثر فـي الحالـة الصحية، مما يترتب عليه من فقدان الصحة النفسية والجسدية والمعنوية، ذلك أنه أحد الثالوث المدمر للحياة (الفقر، والجهـل، والمـرض) التـي تواجه العالم النامي وتعرقل حركة حياته التنموية ورغـم التقـدم العلمـي والتطور الآلي غدا الفقر مشكلة الإنسان الكبرى. ذلك لآن تطـور العلـوم والصناعة، لم تؤثر في إصلاح الجانب الإنساني والأخلاقي بـين النـاس: فكلما تقدم الوضع المادي للإنسان المتكبر انهار وضعه النفسي والأخلاقـي فازداد ظلماً وجشعاً وحباً للمال وسيطرة على خيرات الإنسان المستضعف. مما زاد في محنة الفقراء واتساع مساحة الفقر[(٥)]. حيث تعاني ٥٤ دولـة نامية من دول العالم الثالث من انخفاض الـدخل المتوسـط خـلال عقـد الثمانينات، منها ١٤ دولة تعيش على حافة الفقر، إضافة إلى تصاعد**

---

(١) عبد الرحمن بن سعد عبد الرحمن آل سعود ، مشكلات الفقر وسبل علاجها في ضـوء الإسـلام) ، مركز الدراسات الأمنية الرياض ، ١٤١١هـ - ١٩٩٠م ، ص ٢٣ .

(٢) د. عبد الرحمن بن سعد بين عبد الرحمن آل سعود ، مشكلة الفقر وسبل علاجها في ضوء الإسـلام ، مرجع سابق ، ص ١٦٥

المديونية الخارجية لهذه الدول، وفي كل عام يموت أكثر من ١٤ مليون طفل قبل سن الخامسة بسبب الفقر، ويعاني حوالي ١٥٠ مليون طفل من سوء التغذية .

والفقر يؤدي إلى إضعاف الصحة، والصحة المتدهورة تؤدي إلى الفقر، بحيث تصبح حلقة مفرغة

(فقر ← صحة متدهورة ← فقر ← صحة متدهورة)

بالإضافة إلى أن الفقراء يعيشون في ظروف سكنية سيئة ومزدحمة، ولا يجدون الغذاء الكافي، مما يؤدي إلى انتشار العدوى والأمراض المعدية، خاصة بين الرضع والأطفال. وكذلك فإن الفقراء يكونون أقل حظاً في التعليم، وبذلك تقل فرصتهم في الحصول على وظائف مجزية، مما يزيد من الفوارق الاجتماعية بينهم وبين بقية المجموعات، وبما في ذلك الأطباء والعاملون في الخدمات الصحية، وبالتالي تزداد حالتهم سوءاً [(١)]

ولا يتوقف الأمر عند مستوى النمو الاقتصادي، والذي يقاس عادة بمتوسط نصيب الفرد من الدخل القومى، ولكن الأمر يتوقف بدرجة أعلى على نمط توزيع الاقتصاد القومى، فكلما ضاقت حدة التفاوت في توزيع الدخل القومى، يقل عدد الذين يعيشون في مستوى الفقر، وتتحسن الحالة الصحية للأفراد، وليس أدل على ذلك من مقياس العمر المتوقع في كل من اليابان والمملكة المتحدة، فقد كان العمر المتوقع وتوزيع الدخل متشابهان في كل من اليابان والمملكة المتحدة في عام ١٩٧٠م، إلا أنه لم يعد كذلك الآن، فاليابان اليوم هي صاحبة أعلى عمر متوقع في العالم، ويرجع ذلك

---

(١) المعهد العربي للتخطيط ، الحاجات الأساسية فى الوطن العربي ، الحلقة النقابية الثانية عشرة ، ط ١ ، الكويت ١٩٩١م ، ١١٢ .

إلى التوزيع المتساوى في الدخل بينما العمر المتوقع في إنجلترا الآن يقل عن نظيره في اليابان بأربعة سنوات، وذلك يرجع لاتساع التفاوت في توزيع الدخل في إنجلترا منذ ثمانينات القرن العشرين، وهذه الصلة القوية بين الدخل والصحة تجعل هناك ارتباطاً تبادلياً بين معدل الدخل وتوزيعه والصحة.[1]

ويتضح من المقارنة بين دول الشمال والجنوب، أو الدول المتقدمة والمتخلفة، سوء التوزيع الاقتصادي، ففيما يتعلق بالجوانب (متوسط العمر المتوقع، معدل الوفيات بين الأطفال، وسوء التغذية، انتشار الأمراض التي يمكن تفاديها بالعلاج الصحي ونسبة الأمية) ويتضح المقارنة بين الدول المتقدمة والمتخلفة فيما يتعلق بالجوانب سالفة الذكر وجود اختلافات هائلة ومخيفة جدا، ففى الكامرون مثلاً يموت (١٠٠) طفل قبل مرور العام الأول على مولدهم وذلك ما بين (١٠٠٠) طفل من المواليد الأحياء، أما الأرقام المماثلة في كل من إنجلترا وهولندا تبلغ (١٢- ١٨) طفلاً على التوالى، زيادة على ذلك فإن أعداد كبيرة من الأفريقيين تموت قبل بلوغ السن الخامسة من العمر، ويعتبر نقص الأطباء من العوامل الرئيسية، ففى إيطاليا يوجد طبيب لكل (٥٨٠) نسمة، وفى تشيكوسلوفاكيا طبيب لكل (٥١٠) نسمة أما في النيجر فيوجد طبيب واحد لكل (٥٠.٠٠٠) نسمة وفى تشاد طبيب لكل (٧٠.٠٠٠)، وفى تونس طبيب لكل (٥٠٠٠) نسمة.[2]

---

(١) د. طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الصحة والتنمية ، (مرجع سابق) ، ص ١٦

(٢) د. صبحى محمد قنوص ، أزمة التنمية ، ط٢ ، الدار الدولية للاستثمار الثقافية ، القاهرة ، ١٩٩٩ ، ص١١٦

والفقر يؤدي إلى القلق النفسي والضعف الجسماني في المجتمع، والأمراض الناتجة من سوء التغذية، وبالتالي تؤدي إلى إنجاب ذرية ضعيفة تنمو في ظروف سيئة مما يؤدي إلى إصابتهم بأمراض عضوية أو عقلية بالإضافة إلى أنه يكون حائلاً بين الشخص وبين متابعة دراسته إلى جانب أنهاك راعي الأسرة في تدبير أسباب الحياة الأسرية مما يترتب عليه إهماله لأبنائه الصغار وتوجيههم. والفقر داء خبيث إذا تغلغل في مجتمع أدى إلى هلاكه وتدميره، وإجهاضه النفسى، وازدادت معه الخلافات الاقتصادية المترابطة، وترتب عليه الأمراض الوبائية الفتاكة التي تنقل العدوى مثل: الكوليرا والحصبة، وأمراض العيون وبعض الأمراض الأخرى كالبلهارسيا مما يهدد المجتمع، وتزداد الشعوب بالاضطراب والظلم واليأس والمستقبل الغامض(١).

ويمكن تصنيف مناهج قياس الفقر إلى اتجاهين:

الاتجاه الأول: اتجاه الرفاهية ويستخدم أصحاب هذا الاتجاه معايير مالية في قياس الرفاهية مثل: دخل الفرد وإنفاقه الاستهلاكى، وهو الاتجاه السائد في أو بيان الفقر.

الاتجاه الثانى: اتجاه الـ (لا رفاهية non -welfarist) ويعنى هذا الاتجاه بدراسة المؤثرات الاجتماعية للرفاهية مثل: التغذية والصحة والتعليم، ويركز على قضايا مثل:

---

(١) محمد خميس إبراهيم ، الظروف الاقتصادية والجريمة ، دراسة تتناول العلاقة التأثيرية المتبادلة بين الظروف الاقتصادية والجريمة ، دورية مجلة الفكر الشرطى ، المجلد الثانى ، العدد الثانى ، الشارقة الإمارات العربية ، ١٤١٤هـ - ١٩٩٣م ، ص ٢١٨ .

سوء التغذية، أو غياب الرعاية الصحية أو الأمية باعتبارهـا نتـائج مباشرة لانتشار الفقر(١)

وهنا لابد أن نتذكر أن خمس سكان العـالم أو أكثـر يقعـون فـي مستوى الفقر المدقع (Extrem Poverty) وبعضهم في العالم العربـي والإسلامي، كما أن التخلف المصاحب للفقر ينتهي إلى الحروب الصـغيرة التي تسببت في وفاة ما لا يقل عن ١٥٠ مليون نسمة في العالم النـامي منها (أفغانستان – والصومال – السودان – والعراق)، وتشـير نتـائج دراسة ميزانية الأسرة التي أعدها الجهاز المركـزي للتعبئـة والإحصـاء بالتعاون مع البنك الدولي عام ١٩٩٩ إلى أن حوالي ٥٠% من السكان في مصر يعيشون في حالة الفقر أي يحصلون على دخل يقل عن خـط الفقـر وهو الحد الكافي للحصول على مقومات الحياة الأساسية (٢) .

والفقر يؤدي إلي الهجرة: والهجرة ظاهرة خطيرة تتأكد في مجالين (٣) :-

الهجرة من القرية إلي المدينة: والقرية التي تفقـد سـكانها تتميـز بضيق الرزق وسوء أحوال المعيشة، فيهرب سكانها إلي المدينة أملا فـي إيجاد فرصة أحسن للعمل ومستوى أحسن للحياة ولكـن فـي كثيـر مـن الأحوال تبوء بالفشل خاصة عندما تزداد الهجرة عن حـد معـين وتعجـز المدينة عن توفير فرص العمل والرزق لهؤلاء المهاجرين .

---

(٢) موقع شبكة الإنترنت ، الفقر والتنمية الكل أصبح فقيرا ... ! بتاريخ ٢٠٠٣/٢/٢٢ HTTP://WWW.ISLAMONLIN.NET

(١) المجالس القومية المتخصصة ، تقرير المجلس القومي لخدمات التنمية الاجتماعية ، اللـدورة ١٩ ، مرجع سابق ، ص ٤٥ .

(٤) موقع شبكه الانترنت بتاريخ Htt://www.islamset.com/Arabic/ahip/bdran.html ٢٠٠٥/١/٧م

أما الهجرة الأخرى فهي هجرة العقول المستنيرة والأيدي المدربة إلي خارج الوطن حيث النجاح أيسر واثبات ألذات أسهل والرزق متاح.

ورغم أن تلك الهجرة قد تكون مصدرا (لعائد اقتصادي) له قيمته .

إلا أنها عندما تزيد لا بد أن تؤخذ في حساب الانتقاص من قدرات البناء الداخلي للوطن.

ثانيا:- عدم توافر المياه الصالحة للشرب .

المياه شريان الحياة بل تساوي الحياة، وأن نقطة المياه أغلى من البترول، ولا يمكن الاستغناء عنها لكل كائن حي، قال سبحانه: ﴿...وَجَعَلْنَا مِنَ ٱلْمَآءِ كُلَّ شَيْءٍ حَيٍّ ...﴾ [سورة الأنبياء:٣٠] فالمياه هي مصدر الحياة، وبدونها تتعرض البشرية للفناء المحقق، وتعتبر عدم توافر المياه الصالحة للشرب، من أهم المشاكل التي تواجه العالم في القرن الحادي والعشرين .

ويوجد حوالى ١.٥ مليار شخص لا يحصلون على المياه النقية كما يوجد حوالى مليار شخص لا يحصلون على خدمات الصرف الصحي في العالم ومع تزايد الطلب على المياه في الزراعة والصناعة فقد أصبح من الضرورى إيجاد طريقة فعاله لتوزيع المياه والبحث عن منابعها .

وأصبحت كل الدول تبحث تدابيرها في كيفية الحصول على ما يكفيها من المياه، لآن نقص المياه قد يكون سبباً في الخلافات بين الدول وبعضها، وأيضاً سبباً في نقص الموارد الاقتصادية التي تعتمد عليها حياة الإنسان.(١)

---

(١) جريدة العالم الإسلامي، العدد ، ١٧٢٠، الجمعة ١٠ شعبان ١٤٢٢هـ ، ٢٦ أكتوبر، ٢٠٠١م ، ص ٥.

ولقد توقع تقرير حديث: أنه يعاني حوالي ثلاثة مليارات شخص من نقص المياه بحلول عام ٢٠٢٥م، وقالت منظمة أمريكية غير حكومية، أن هذا الرقم يبلغ أربعة أضعاف العدد الحالي لما يعانون من نقص في كميات المياه، كما أن حوالي أربعة أخماس العالم لا يحصلون على مياه الشرب النقية بالكميات اللازمة. وثبت أن هناك علاقة بين الماء وبين بعض الأمراض الناتجة عن تلوث المياه، وثبت أن تكاليف مشاريع مياه الشرب أقل من تكاليف مقاومة الأوبئة التي تحدث نتيجة لعدم وجود هذه المشاريع[١]

ويعتبر مؤشر الحصول على مياه الشرب النقية، أحد أهم المقاييس للصحة الذي لا يمكن اللإستغناء عنه فأمراض المياه غير الصالحة كحمى التيفود والكوليرا، وهو مجموعة واسعة من أمراض الإسهال الخطيرة والقاتلة مسئوله عن أكثر من ٣٥ % من وفيات الأطفال الصغار في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية، معظم هذه الأمراض الناتجة عنها ممكن تفاديها سريعاً بوجود المياه النقية

وتلوث المياه نوعان[٢] :

١- التلوث البكتيري .

٢- التلوث الكيمائي. نتيجة لوجود مواد سامة مثل: الرصاص والزرنيخ والمبيدات الحشرية، والتي تكسب الماء رائحة ومذاقا كريهاً. والماء

---

(٢) نفس المرجع السابق ، ص ٥

(١) د. عبد المحيى محمود حسن صالح ، الصحة العامة وصحة المجتمع ، الأبعاد الاجتماعية والثقافية ، مرجع سابق ، ص ١٠٦

من أخطر الوسائل في نقل الأمراض، كما أن بعض المياه تسبب أمراضاً معينة بسبب زيادة أو نقص بعض العناصر أو المركبات الكيماوية :

والأمراض المعدية التي ينقلها الماء هي :-

١- الأمراض البكتيرية: مثل الكوليرا والتيفود والدوسنتاريا والتهاب العين والأذن والجلد.

٢- أمراض فيروسية: مثل شلل الأطفال والتهاب الكبد الوبائي وبعض أنواع النزلات المعدية .

٣- أمراض طفيلية: مثل الدوسنتاريا الأميبية والبلهارسيا.

وتعتبر المياه العذبة المصدر الرئيسي لمياه الشرب، وذلك بعد تنقيتها في شبكات تنقية المياه حتى تصبح صالحة للشرب، ويعتبر مدى توافر المياه النقية للشرب من مؤشرات قياس مستوى معيشة الأفراد في مختلف الدول. ويختلف الاستهلاك السنوي للفرد من المياه النقية باختلاف درجة التقدم، ففي الدول المرتفعة الدخل يساوي الاستهلاك السنوي للفرد من المياه النقية ٩.٣٧٨ متر مكعب (م^{٣})، في حين يبلغ الاستهلاك السنوي للفرد من المياه النقية في الدول المنخفضة الدخل٥.٠٩٦ متر مكعب(م٣) وذلك في ١٩٩٦[١].

والإنسان المتحضر هو الذي يلوث الماء ويدنسه في مختلف مراحل استعماله له: في مستوى الاستعمال الشخصي بما يلقيه من فيروسات وجراثيم وطفيليات وغير ذلك من المفرغات العضوية، وفي مستوى

---

(١) د. أمينة عز الدين عبد الله ، التطوير الاقتصادى ، الموارد الاقتصادية ، مطابع جامعة حلوان ، ٢٠٠١، ص ٢١٠ .

الاستعمال المنزلى بما يصبه فيه من منظفات وغيرها من المواد الكيميائية، وفي مستوى الاستعمال الزراعي بما يضيفه إليه من مبيدات حشرية وأسمدة، ومن مفرغات حيوانية كثيرة ما تحمل عوامل المرض، ثم في مستوى الاستعمال الصناعي، بما ينسكب فيه مباشرة من المصانع، أو بما يترسب فيه أو بما ينطلق من المصانع من ملوثات الهواء [٢]

وعليه فإن قله المياه الشديدة (الجفاف)، أو زيادتها بصورة كبيرة تسبب معظم الكوارث الطبيعية، وتؤثر كوارث المياه على الصحة بطرق عديدة منها زيادة العدوى وسوء التغذية، الصدمة النفسية وتلوث مصادر المياه.

ثالثا :- سوء التغذية .

ولسوء التغذية تكاليف ملموسة وغير ملموسة، فضلاً عن ارتفاع النفقات الصحية لمعالجة الحالات المصابة بسوء التغذية ومضاعفاتها، وهناك إهدار كبير للإنتاج القومي يصعب تقدير قيمته الاقتصادية، نتيجة تأثير نقص التغذية سلباً على الإمكانيات الذهنية والمناعة والقدرة على العمل والإنتاج. وقد أثبتت الدراسات العديدة أن الاهتمام بالحالة الغذائية والوقاية من سوء التغذية أقل تكلفة من علاج آثارها المباشرة وغير المباشرة[٣]

وقد أدى انتشار الجوع وسوء التغذية على نطاق واسع في العالم. إلى أن ما يقرب من ٨٠٠ مليون نسمة يعانون من نقص مزمن في الأغذية

(٢) موقع شبكة الإنترنت ، يوم المياه العالمى ، ٢٠٠١ ، المياه والصحة ، الفيضانات والجفاف .
http:\\www.emro.who.int/wwd/floods-ar.htm

وغير قادرين على الحصول على كميات كافية مـن الغـذاء تلبـي حتـى احتياجاتهم الدنيا من الطاقة، ويعاني ما يقرب من ٢٠٠ مليون طفـل دون الخامسة من أعراض نقص التغذية الحاد أو المزمن، ويزيد هذا الرقم فـي فترات النقص الموسمي في الأغذية، وفي أوقات المجاعة والاضـطرابات الاجتماعية [٤].

والفقير معروف أنه غير القادر على الحصول لكن مـن الغـذاء، توفر له سعرات تكفيه العمل ٨ ساعات، والفقر هو الفاعـل الأول المـدمر للحياة (إذ أنه نبع الآفات المدمرة التي تصيب الإنسان إذ المرض ونقـص التغذية يترعرعان مع الفقر والجوع)

ووفقاً لبعض التقديرات تعتبر سوء التغذية أحد العوامل الهامة فـي وفاة ١٣مليون طفل دون الخامسة يموتون كل عـام، وأشـكال العـدوى المختلفة التي يمكن تلافيها مثل الحصبة والإسهال والملا ريـا والالتهـاب الرئوي أو من توليفة هذه الأمراض. وسوء التغذية هو السبب الرئيسـي لانخفاض الوزن عند الميلاد في الأطفال حديثي الولادة وفي سوء النمـو، ومن الأرجح أن الأطفال الذين ينجون من نقص الوزن عند الميلاد سيظلون يعانون من تأخر النمو والمرض طوال طفولتهم، وفترتي المراهقة والبلوغ، والأرجح كذلك أن النساء اللاتي يعانين من تأخر النمو سـيواجهن الحلقـة المفرغة لسوء التغذية بما سيقدمونه من أطفال يعانون من نقص الـوزن عند الميلاد. وتزداد ظاهرة الجوع. إذا كان تزايد السكان يفوق معدلات

---

(١) جريدة العالم الإسلامى ، العدد رقم ، ١٧٢٠ ، مرجع سابق ، ص ٥ .

(٢) نفس المرجع السابق ، ص ٥

القدرة على إنتاج الطعام. وهذه ظاهرة سوف تحتل مكانها في الاقتصاد العالمي في الحقبة القادمة. وأن يأت يوم تكون فيه الأموال غير قادرة للحصول على الاحتياجات من الطعام. وسوف يكون التحكم في مواد الغذاء سلاح الجوع (والتجويع) السلاح الأساسي في الحروب القادمة، وهذا أخطر من الأسلحة التقليدية وحتى النووية [١]

ومن المؤشرات الصحية التي تستخدم غالباً لسوء التغذية عند الأطفال تتمثل في النسبة المئوية للأطفال الأقل وزناً، وهذا ما تعانى منه الدول الفقيرة وكشفت الإحصائيات أن ٦٧% من أطفال بنجلاديش كانوا أقل وزناً و٦٣ % في الهند، و٤٣% في جنوب أفريقيا، ٤٢ % في فيتنام، ٣٨ % في أثيوبيا، ٨٦ % في غانا ونيجيريا .

وسوء التغذية يؤدي إلى نقص إستعياب التلاميذ في المدارس في أهم مراحل حياة الطفل خاصة وأن معظم الأطفال وأسرهم تعاني من الحالة الاقتصادية والاجتماعية. بالإضافة إلى وجود بعض الأمراض المتوطنة مثل البلهارسيا في الريف المصري، وانتشار السلوك الخاطئ في التغذية مما يؤثر على صحة الأطفال والتسرب من التعليم.[٢]

---

(١) موقع شبكة الإنترنت

Htt://www.islamset.com/Arabic/ahip/bdran.html

(١) د. أحمد شوقي الفنجري ، السلوك الإسلامي والصحة (أثر الإسلام وتعاليمه في الحفاظ على صحة الفرد والمجتمع) ، الكويت ، ٢٠٠٣م ، ص ٣ .

وسوء التغذية يؤدي إلى نقص اليود الذي يعد أكبر سبب لتليف المخ والتخلف العقلي وقد بدأت في الظهور الصلات القوية بين سوء التغذية في بداية النمو، بما في ذلك فترة نمو الجنين والإصابة في فترة العمر التالية بالأعراض الصحية المزمنة مثل: أمراض القلب التاجية، والسكر، وارتفاع ضغط الدم، ويولد في العالم النامي سنوياً نحو ٣٠ مليون طفل من حديثي الولادة بعوائق أمام النمو نتيجة سوء التغذية في رحم الأم .

أما الاستهلاك المفرط: حيث ينطلق الإنسان لاستهلاك نفسه أولا في ما يسمى بالحضارة الحديثة، فيضعف زراعه ويزداد اعتماد عقلة على غيره، ويصاب بالأمراض التخمة، ثم تنطلق الدول ويتحول رأس المال الكامن إلي مستهلك ضائعة لأصول لا تعوض إذا فقدت، وقضية العصر هي الحفاظ على ثروات كامنة تحت الأرض وعلى ثروات خارجها تدر عائدا مستديما (١)

رابعا:- الزيادة السكانية .

لقد غدت الزيادة السكانية في الوقت الحاضر من أهم المسائل التي تعاني منها البلاد النامية، ومن أخطر القضايا التي تسبب المشكلات الصحية، نظراً للتزايد المرتفع في النمو السكاني، وترتبط الزيادة السكانية بالأمراض، إذ لاشك أن الازدحام وزيادة الكثافة السكانية في الأحياء المختلفة يؤدي إلى انخفاض المستوى الصحي وانتشار الأمراض، فالأسرة

---

(٢) موقع شبكه الانترنت بتاريخ Htt://www.islamset.com/Arabic/ahip/bdran.html ٢٠٠٥/١/٧م

الفقيرة يعيش فيها عدد من الأفراد في حجرة واحدة غير صحية مما يعمل على فساد الهواء، وكثرة الجراثيم وفي البلاد النامية تزداد الكثافة السكانية ويرتفع معدل وفيات الأطفال الرضع إلى أضعاف نفس المعدل في البلدان المتقدمة، وزيادة معدلات النمو السكاني وتراجع تنمية الموارد والتنمية البشرية وعدم ملاحظتها تترتب عليه تحديات كبيرة مثل: مشكلة الجوع، ونقص الغذاء والبطالة وأطفال الشوارع والأمية ... الخ، بالإضافة إلى الثالوث المعقد (الفقر والجهل والمرض) وهم أهم ظواهر التخلف(١). ويترتب على الزيادة السكانية أو التكدس السكاني وجود الأحياء العشوائية التي تكثر فيها المشاكل الصحية والأمراض والظواهر الاجتماعية التي تزيد المشاكل سوءاً .وتتميز الأحياء العشوائية بعدم وجود منظومة إدارة المخلفات(جمعها، نقلها، إعادة استخدامها، التخلص منها)، وعدم وجود وعي من تفهم عميق للآثار الحالية والمستقبلية لمشكلة تكدس المخلفات الصلبة، والآثار الناجمة عن تكدس القمامة بالشوارع يؤدي لانتشار القوارض والحشرات الضارة كذلك عدم وجود البنية الأساسية للصرف الصحي بالأحياء العشوائية ينتج عن طفح مياه الصرف ومالها من تأثيرات ضارة مثل (انتشار الميكروبات المرضية، وتكاثر الحشرات الناقلة للأمراض

---

(١) د.حسنى عبد الحميد احمد شومان،دور المتغيرات الاجتماعية فى الطب والأمراض،مرجع سابق، ص ٩٦

كالذباب والبعوض). كذلك عدم وجود المساكن الصحية المبينة دون تخطيط علمي مدروس ..، تكون مصدر للقمامة والفضلات المنزلية مما يتسبب في الأمراض الصدرية والنفسية [(٢)].

وتزايد السكان في المنطقة العربية بسرعة مقلقة، فبعد أن كان ٥٠ مليونا عام ١٩٤٨، وصلوا الي ٣٠٠ مليونا عام ٢٠٠٠، ومن المنتظر أن يستقر التعداد عند (٧٠٠ مليون عام ٢٠٣٥ م) ولقد تطور التعليم وانتشر نسبيا لكن الامية مازالت تزيد عن ٥٠% من المجموع السكاني مع تزايد نسبتها بين النساء واللاتي يمثلن نصف المجموع السكاني والقوى العاملة مازالت متخلفة في تعدادها ومستواها إذ لا تزيد عن ٢٥% من مجمـــوع الســـكان وتزيد نسبتها في النساء، ونسبة الإعالة تؤكد أن كل عامل يعول (٤) أفراد تقريبا [٢]

والإحصاءات الخاصة بعدد السكان تشمل عمل تعدادات دورية على فترات متساوية من السنين تقوم فيها الدولة بعدد الأفـــراد مـــن الســـكان، وبالتالى تقدير عدد السكان من سنه إلى أخرى دون أجراء عملية التعـــداد مرة أخرى. ويصور تعداد السكان مقدار رقى الدولة كما يشير إلى مواطن الضعف أو القصور في أنظمتها المختلفة. والمقصود بعدد الســـكان عـــدد الناس الموجودين على قيد الحياة في تاريخ معين .

---

(٢) موقع شبكة الإنترنت بتاريخ ٢٠٠٣/٧/٣٠

http://www.egypt-pacts.org/files/f١١-٢٧.htes

وتحسب كثافة السكان بقسمة = $\frac{\text{عدد السكان فى بلد ما}}{\text{مساحة هذا البلد بالكيلومتر}}$

وكثافة السكان = $\frac{\text{عدد الأشخاص}}{\text{عدد حجرات السكن}}$

قياس درجة الازدحام داخل المسكن عن طريق

وقياس كثافة السكن له أهميته في الأبحاث الصحية وقياس مستويات المعيشة

خامسا :- نقص الموارد المتاحة للخدمات الصحية .

الخدمات الصحية: تهدف إلى تخليص الفرد من المرض وتمكينه من العودة إلى حالة السلامة الصحية.

ويمكن تقسيم هذه الخدمات إلى قسمين رئيسين [٣]:-

الأول :- يشتمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد، والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات، أن تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر، بالإضافة إلى الخدمات الصحية حتى يتم الشفاء.

(١) د. طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مرجع سابق ، ص ٢٠ .

الثاني :- الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة .

وعليه فإن نقص الموارد المتاحة للخدمات الصحية سواء على مستوى الموازنة العامة للدولة أو على مستوى الدخل الفردي سيؤدي إلى تراكم المشكلات الصحية، واحتمالات الإصابة بالمرض، وبالتالي توقع معدلات نمو اقتصادي منخفضة في المستقبل، ونقص إنتاجية الفرد، وبالتالي الناتج القومي الإجمالي .

وعلى العكس فإن الإنفاق على الخدمات الصحية، يرمي إلى تحقيق هدف أساسي على المستوى الشخصي وهو الشفاء من المرض، فإن لم يكن فيتعدى الهدف إلى التخفيض من الآلام للمريض، فإن تحقيق هذا الهدف إنما يعود بثماره على الاقتصاد القومي(١) .

ومثل هذه الخدمات لا يمكن تركها للقطاع الخاص لأنه لن يقوم بتوزيعها توزيعاً عادلاً ،ولن يوفرها بالتكلفة المناسبة لجمهور المواطنين، بل لن يقوم بإنتاجها في بعض الأحيان لأنها لا تدر ربحاً .

لذا كان الاهتمام بالخدمات الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني فقط، بل مرجعه الدافع الاقتصادي وبنفس الدرجة.

---

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٢٠

سادسا:- التوتر العصبي الذي يصاحب هذا العصر.

التوتر سمة العصر، ووجه عملته الآخر، والذي أصبح عامل رئيسي في المشكلات الصحية والأمراض التي تتعرض لها المجتمعات. والإنسان عناصر ثلاثة هي:- النفس والذهن والبدن تتكاتف لإظهار شخصيته المستقلة، وهذه العناصر معرضة لهجمات التوتر الشرسة، وبسبب ترابطها مع بعضها، فإن ما يصيب إحداهما ينعكس عليها جميعاً، فما يصيب البدن يضعف من كفاءة الذهن، أو يعبث بصفاء النفس. كما أن التوتر النفسي يتراءى للناظر على شكل أعراض جسمانية أو إختلالات في المقدرة الذهنية، مع أنها تشترك في جذور واحدة .

والتوتر عبارة عن طاقة مكبوتة لا تجد لها مخرجاً، فتؤثر على صفاء التفكير، والتحكم بالانفعال والآلام العضلية والعضوية، وقد تنتهي بأحد الأمراض العضوية أو النفسية التي تعادل ٧٠% من الأمراض المعروفة [٢].

وللتوتر مضاعفاته للأمراض أهمها الجسدية مثل: زيادة الإحساس بالآلام العضلية والعضوية وتهيجها، والذهنية كإعاقة التركيز وتشويش التفكير والتردد، واتخاذ المواقف السلبية من الأمور، والنفسية: فتشمل الإحساس بالدونية، والقلق المزمن والأرق والخوف وغيرها، هذا إضافة إلى تأثير التوتر على المجتمع المحيط بالشخص سلبياً[٢] .

---

(٢) د. نايف محمد الرشوان ، القلق والتوتر والامتحانات، المجلة الثقافية، العدد، ٣٢ ، الأردن ، ١٤١٤هـ- ١٩٩٤ ، ص ٢٥٥ .

(١) د. سائر البرغوثى ، كيف تتغلب على التوتر ، المجلة الثقافية ، العدد ٣٥ ، الاردن ، ١٤١٦هـ - ١٩٩٥م ، ص ٢١٧ .

وهذه الأمراض العصبية تؤثر على إنتاجية الفرد، وتضعف من كفاءته في العمل، وما يصاحبها من نفقات الدواء والعلاج، والانقطاع عن العمل أو الغياب، وتترتب آثاره على الأسرة في تحمل الأعباء والتكاليف .

ومن الحقائق التي تذكر في هذا المجال أن نسبة الانتحار الفري والجماعي ظاهرة خطيرة في هذه المجتمعات، خاصة لمن هم في عمر الزهور في سن الإنتاج ذكر ذلك في تقرير عن الصحة النفسية في الولايات المتحدة. وقد يثبت انخفاض معدلات الانتحار حيث يزداد الأيمان، وارتفاع هذه المعدلات حيث تنخفض معدلات الأيمان

سابعا:- أسباب وراثية .

الأمراض الو راثية تحدث نتيجة لخلل في التركيب الوراثي للإنسان إما في الجينات أو الكروموسومات، وتؤدي تشوهات في الشكل الخارجي أو اضطرا بات أو خلل في الكفاءة الوظيفية، ومن أمثلة الأمراض الو راثية: التخلف العقلي، التشوهات الخلقية، أنميا البحر المتوسط، وبعض الأمراض الو راثية لا تظهر إلا في ظروف بيئية معينة كأمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم .

كما أن الأمراض التي يلعب فيها العامل الوراثي دوراً كبيراً مثل سرطان الثدي، أمراض القلب، مرض السكر، ضغط الدم، بعض الأمراض العقلية، والمشاكل الصحية المتعلقة بالعين مثل: -

المياه الزرقاء، والنسيان، وإدمان الكحوليات وغيرها من الأمراض الأخرى، وأيضاً يعتبر العامل الوراثي هو أحد العوامل الهامة التي تســاهم في الوقاية من الكثير من الأمراض أو التنبؤ بها حتى يمكن تــداركها فــي مرحلة مبكرة [١] .

(١) موقع شبكة الإنترنت ، الأمراض النفسية وأثرها على الصحة النفسية بتاريخ ٢٠٠٣/٨/٢٥
http://www.balagh. Com/malboat/akhlaq/١١٨/TbovmDee.htm

المبحث الثاني
سياسة الاقتصاد الإسلامي
لعلاج المشكلات الصحية

تعاني الدول الإسلامية من المشكلات الصحية الاقتصادية التي تحيط بها من كل جانب، وهي نفس المشكلات التي تعانيها دول العالم الثالث (الدول النامية) والتي تعوق تقدمها الصحي والاقتصادي.

والحالة الصحية للفرد والأسرة والمجتمع ترتبط ارتباطا مباشرا مع حالته الاقتصادية، والحالة الاقتصادية يقصد بها توزيع الثروة داخل المجتمع، ومسألة الغنى والفقر، ومستوى الدخل الذي يمكن الفرد، والذي يؤثر على مستوى المعيشة، والسكن والغذاء والماء واللبس، وغيرها من الأمور الأساسية التي تقي الإنسان من شر الأمراض، والمشكلات الصحية.

وتناول الباحث سياسة الاقتصاد الإسلامي في علاج المشكلات الصحية من حيث: -

١- سياسة الاقتصاد الإسلامي في محاربة الفقر .

٢- سياسة الاقتصاد الإسلامي وعنايته بالماء .

٣- سياسة الاقتصاد الإسلامي وعنايته بالغذاء .

٤- سياسة الاقتصاد الإسلامي والزيادة السكانية.

٥- سياسة الاقتصاد الإسلامي والأخذ بوسائل التكنولوجيا.

٦- سياسة الاقتصاد الإسلامي في معالجة الأمراض لوراثية.

أولا – سياسة الاقتصاد الإسلامي في محاربة الفقر :-

اعتبر الإسلام الفقر والغنى حقيقتان ثابتتان، وقرر أنهما من طبيعة ذلك الوجود الإنساني ولقد قرر القرآن الكريم هذه الحقيقة الثابتة، فقد قال تعالى: ﴿... نَحْنُ قَسَمْنَا بَيْنَهُم مَّعِيشَتَهُمْ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا ...﴾ [سورة الزُّخرُف:٣٢] **ولكن الإسلام مع ذلك ام يجعل الطبقات بسبب الغنى، فليس في الإسلام نظام الطبقات، وعمل على ألا يستعلى غني على فقير لغناه، وأن الفضل عند الله للتقوى، والعمل الصالح يرفعه .**

وسياسة الاقتصاد الإسلامي في محاربة الفقر أنواع كثيرة منها[1]:

١- تمكين كل قوي من أن يعمل بإعداد أسباب العمل، فإن لم يكن قادرا على عمل ذي خطر في نظر الناس أو لم يكن منه، كان عليه أن يعمل بيده، وقد شجع النبي ﷺ العمل اليدوي، ولذلك قال عليه الصلاة والسلام" ما أكل ابن آدم طعاما خير من عمل يده، وأن نبي الله داوود كان يأكل من عمل يده [2]" وذكر نبي الله داوود بالذات لأنه كان قائدا عظيما ولأنه كان ملكا ذا سلطان، وتحت يده خزائن الدولة، ولو أخذ منها ما يكفيه وأهله بالمعروف ما كانت عليه غضاضة مما أخذ، ولكنه آثر أن يأكل من عمل يده، لينال ذلك الكسب الطيب الذي هو خير كسب.

---

(١) الإمام محمد أبو زهرة ، تنظيم الإسلام للمجتمع ، دار الفكر العربي ، القاهرة بدون تاريخ ، ص ٣٨

(٢) أخرجه الأمام النووي ، رياض الصالحين رقم ٥٤٣ ، دار الكتب العلمية بيروت ، لبنان ، ١٤٠٥ – ١٩٨٥ ، صـ٢٢٤ .

ولقد جاء رجل إلى النبي ﷺ يطلب منه صدقة من بيت المال، فوجده النبي ﷺ قويا قادرا، فلم يعطه مالا ينفق منه، ولكن اشترى له فأسا وأعطاه إياها ليحتطب بها، ويأكل من عمل يده، وقد حث النبي ﷺ الأقوياء على العمل وروي عنه أنه قال " لئن يحتطب أحدكم بفأسه خير له من أن يسأل الناس أعطوه أو منعوه (١)"

ولقد حث النبي ﷺ على العمل اليدوي وكرمه لكيلا تكون غضاضة، وليكثر العمال الذين يعملون، والصناع الذين يصنعون بأيديهم، ويراقبون أدوات الصناعة الكبرى، وأن العمران يحتاج إليهم، ولا يستغنى عنهم .

٢- ومن سياسة الإسلام في علاج الفقر، تهيئة الفرص بأن يمكن كل ذي موهبة من الانتفاع بموهبته على قدر طاقته، فقد قرر فقهاء الإسلام أن كل ما يقوم عليه العمران من هندسة وطب وفلح الأرض، وإقامة المصانع، والجهاد في سبيل الله تعالى دفعا للأذى وحماية للجودة – واجب على الأمة – وهو واجب على وجه الخصوص على من كان قادرا بالفعل على واحد من هذه الأمور، وواجب على العموم على الأمة متمثلة إرادتها في ولي أمرها والقائمين على شئونها، ووجوبا على العموم من قبيل الكشف عن ذوي المواهب من بين شبابها، وتوسيد كل أمر إلى من هو أهل له، والكشف على حماية المواهب بتهيئة الفرص لكل ذي موهبة من أن تظهر موهبته. ولقد قرر فقهاء المسلمين أن السبيل لتهيئة الفرص للجميع هو أن تكون درجة التعليم لها الأسبقية في تولي الأعمال .

---

(١) أخرجه البخاري في صحيحة جـ٢ ١ صـ١٨٣٦ حـ٢٢٤٤ .

٣- ومن سياسة الإسلام في علاج الفقر، تسهيل أسباب الحيـــاة للمرضـــى والعاجزين عن الكسب، فإنه إذا كان قد مكن العامل من أن يعمل، وكل ذي موهبة من أن تتكشف موهبته، فإن هناك شيوخا أقعدهم ثقل السن من أنهم يعملوا، ونساء أضعفتهن أنوثتهن عن أن يخرجن إلى الحياة عاملات كادحات ،و يتامى فقدوا العائل، فكان حقا علـــى الإســـلام أن يترتب لهؤلاء أسباب الحياة، وقد فعل ولم يقصر، فقد قال محمد نبـــي الله ﷺ " من ترك مالا فلورثته، ومن ترك كلا فإليّ وعليّ [(١)]" أي من يموت عن مال فإنه يوزع على ورثته، ومـــن تـــرك أشخاصـــا كـــان يعولهم، ولا مال ينفقون منه، فإن محمدا الكريم قال إنه يئـــول إليـــه، ونفقته عليه، وإنما كان اليتيم يئول إليه، لأن اليتامى قوة المســـتقبل، إذا قامت الدولة بحق رعايتهم، وأعطتهم العناية التي تجعل من كل يتيم رجلا عاملا .

وقد دبر الإسلام سد حاجة المحتاجين في حالة المـــرض والعجـــز واليتم عن طريق:

١- وأول هذه الينابيع بيت المال . فإن كل موارد بيت المال للفقير حق فيها يجب أن يعطى منها

٢- الزكاة فإنها يبتدأ من الصرف منها للفقراء والمساكين وأبناء الســـبيل الذين انقطعت بهم السبل

٣- في نظام نفقات الأقارب، فإن الإسلام أوجب على القريب الغنـــي نفقـــة القريب العاجز .

---

(١)-أخرجه الطبراني في معجمه الأوسط جـ٤ \ صـ٣٢٩ \ جـ٤٣٤٣ .

٤- والإسلام قد وضع الأدوية المتعددة لداء الفقر، وبين الحلول المتنوعة لمعضلة الحاجة والحرمان، ولم يكن ذلك مجرد مبادئ نظرية يتم الحديث عنها بعيداً عن صلاحيتها للواقع، بل إن المسلمين قد طبقوها وأقاموها في مجتمعاتهم فحصل ما تكلم عنه التاريخ بفخر واعتزاز، حتى إن تاريخ الأمة الإسلامية ليشرُف بذلك العهد الزاهي الذي لحق عهد الخلفاء الراشدين، ونقصد به عهد خلافة الإمام العادل عمر بن عبد العزيز، فكان منادي عمر ينادي كل يوم: أين الغارمون ؟ أين الناكحون ؟ أين المساكين ؟ أين اليتامى ؟ حتى أغنى كلاً من هؤلاء[١].

وفي تاريخ الخلفاء يذكر السيوطي: قال عمر بن أسيد: والله ما مات عمر حتى جعل الرجل يأتينا بالمال العظيم فيقول: اجعلوا هذا حيث ترون، فما يبرح حتى يرجع بماله كله، وقد أغن عمر الناس[٢]. قال تعالى: ﴿وَلَوْ أَنَّ أَهْلَ الْقُرَىٰ آمَنُوا وَاتَّقَوْا لَفَتَحْنَا عَلَيْهِم بَرَكَاتٍ مِّنَ السَّمَاءِ وَالْأَرْضِ ...﴾ [سورة الأعراف:٩٦] **ويقول رسول الله ﷺ: "أن الرجل ليحرم الرزق بالذنب يصيبه[٣]".**

(١) الحافظ بن الكثير ، البداية والنهاية ، طـ٢ ، مكتبة المعارف ، بيروت ، ١٤١١ هـ - ١٩٩٠ م .

(٢) الحافظ جلال الدين الأسيوطي ، تاريخ الخلفاء ، طـ١ ، دار الكتاب العلمية ، بيروت ، ١٤٠٨ هـ - ١٩٩٨ م .

(٣) أخرجه مسلم في صحيحة ، ج٤ ، ص ١٩٩٠ ،ح ٢٥٦٩ .

أوجب الإسلام رعاية الأمام (ولي الأمر) أو ما يطلق علية في عصرنا (الدولة أو الحكومة) لجمهور الناس عامة وأصحاب الحاجة خاصة، وجعله مسئولا عن ذلك أمامهم ثم بين يدي الله تعالى، قال جلاله :- ﴿ ۞ إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُكُمۡ أَن تُؤَدُّواْ ٱلۡأَمَٰنَٰتِ إِلَىٰٓ أَهۡلِهَا وَإِذَا حَكَمۡتُم بَيۡنَ ٱلنَّاسِ أَن تَحۡكُمُواْ بِٱلۡعَدۡلِۚ إِنَّ ٱللَّهَ نِعِمَّا يَعِظُكُم بِهِۦٓۗ إِنَّ ٱللَّهَ كَانَ سَمِيعَۢا بَصِيرٗا ﴿٥٨﴾ ﴾ [سورة النساء:٥٨] كما قال رسول الله ﷺ في الحديث المتفق علية " كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته، فالإمام راع ومسئول عن رعيته..[1] "وقد بين رسول الله عليه وسلم مسؤولية ولي الأمر تجاه الفقراء والمحتاجين وأعالتهم في الحديث الذي أخرجه الإمام مسلم من أبي هريرة – رضي الله عنه – فقال أنا أولى بالمؤمنين في كتاب الله فأيكم ما ترك دينا وضيعة (عيالا) فادعوني فأنا ولية [2]".

أما الموارد التي يستعين بها ولي الأمر (الدولة) في كفالة الفقراء وأصحاب الحاجات ورعايتهم فهي الزكاة التي يجمعوها ولي الأمر ويأخذها من الأغنياء ليردها.

علي الفقراء قال تعالى: ﴿خُذۡ مِنۡ أَمۡوَٰلِهِمۡ صَدَقَةٗ تُطَهِّرُهُمۡ وَتُزَكِّيهِم بِهَا ...﴾ [سورة التوبة:١٠٣].

خمس الغنائم: والغنائم: المال المأخوذ من الكفار بالقتال يؤخذ خمسه لبيت مال المسلمين، قال الله تعالى: ﴿۞ وَٱعۡلَمُوٓاْ أَنَّمَا غَنِمۡتُم مِّن شَيۡءٖ فَأَنَّ لِلَّهِ خُمُسَهُۥ وَلِلرَّسُولِ وَلِذِي ٱلۡقُرۡبَىٰ وَٱلۡيَتَٰمَىٰ وَٱلۡمَسَٰكِينِ وَٱبۡنِ ...﴾ [سورة الأنفال:٤١]

وقال تعالى: ﴿ مَّآ أَفَآءَ ٱللَّهُ عَلَىٰ رَسُولِهِۦ مِنۡ أَهۡلِ ٱلۡقُرَىٰ فَلِلَّهِ وَلِلرَّسُولِ وَلِذِي ٱلۡقُرۡبَىٰ وَٱلۡيَتَٰمَىٰ وَٱلۡمَسَٰكِينِ وَٱبۡنِ ٱلسَّبِيلِ كَيۡ لَا يَكُونَ دُولَةَۢ بَيۡنَ ٱلۡأَغۡنِيَآءِ مِنكُمۡۚ ...﴾ [سورة الحشر:٧]

---

(٤) رواه البخاري في صحيحه .

(٦) رواه مسلم في صحيحه ح/ ٣٠٤١ .

الفــئ: ما أخذه المسلمون من الكفار بغير قتال .

الخراج: فريضة مالية علي الأرضي المفتوحة عنوة وتركت بيد أهلها يزرعونها ويستغلونها.

الجزية: ما يؤخذ من الذمي بشروط محدودة مقابل الحماية والمنع.

العشور: ضريبة تجارية يخضع لها الذميون والمستأمنون في أموالهم المعدة للتجارة التي تدخل وتنتقل في ديار الإسلام وتختلف مقدارها باختلاف التجارة والبلاد ومدة الإقامة والمعاملة بالمثل

خمس الركاز :- يقصد به ما وجد مدفونا من كنوز الأرض في أرض موات أو طريق سابل وهو من ضرب الجاهلية، أما كان من ضرب الإسلام (علامات تدل علي ذلك) فهو لقطة تجري عليها أحكامهم.

- غلة أراضي الدولة وعقاراتها.
- الضوائع والودائع التي تعذر معرفة صاحبها .
- التعزيزات المالية التي يحكم بها القضاء علي مرتكبـــي المخالفـــات الشرعية.
- ميراث من لا وارث له .

الضرائب :- ويقصد بها ما تفرضه الدولة علي الأغنياء في حالة عدم تحقيق الكفاية من الموارد السابقة الذكر، وقد ورد في الحديث الذي أخرجه الأمام الترمذي عن جماعة من الصحابة: " أن في المال حقا سوى الزكاة "

وهو ما يدل علي إعطاء صلاحيات واسعة في جباية الأموال اللازمة من الموسرين في الحدود اللازمة للإصلاح ولتحقيق الكفاية لأصحاب الحاجات أو لمتطلبات البلاد الضرورية مثل الدفاع عن أهلها ورد العدوان وفداء الأسرى وغيرها .

ثانيا – سياسة الاقتصاد الإسلامي وعنايته بالماء:

إن من القواعد الرئيسية للصحة العامة للإسلام النظافة والطهارة، وهي جملة من المعالم الرئيسية في تشريعات الإسلام التي أولته الشريعة الإسلامية اهتماما كبيرا، حتى جعلت الطهارة والنظافة شرطا لأداء الصلاة وغيرها من العبادات. وقد حرص الإسلام على النظافة بشقيها المعنوي والحسي، قال تعالى: ﴿...ٱللَّهُۚ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ ٱلتَّوَّٰبِينَ وَيُحِبُّ ٱلۡمُتَطَهِّرِينَ ﴾[سورة البقرة:٢٢٢] " وقد جعل النبي ﷺ الطهارة نصف الإيمان، فقال: " الطهور شطر الإيمان[١]".

ولما كان الإنسان هو العنصر الفعال في البيئة لما حباه الله من النعم التي لم تعطى لغيره، ولأنه عماد العمران البشري فقد اهتم به جسدا وروحا وقلبا وعقلا، وحثه على نظافة جسده وما عليه من ثياب وما يحيط به من مكان وأجواء وما يحتاج إليه من مطعم ومشرب، كما حثه على الارتقاء المادي والنفسي لأن صحة الأجسام وجمالها ونضارته من الأمور التي وجه الإسلام إليها عناية فائقة واعتبرها من صميم رسالته، حيث لا يكون

(١) أخرجه مسلم في صحيحه ، ج١ ،ص٦٣ ، ح٣٥ .

الإنسان راجحا في ميزان الإسلام، محترم الجانب إلا إذا تعهد جسمه بالتنظيف والتهذيب وكان في مطعمه ومشربه وهيئته الخاصة بعيدا عن الأدران المكدرة والأحوال المنفرة . وليست صحة الجسد وطهارته سلاحا عاديا فقط، بل إن أثرها عميق في تزكية النفس وتمكين الإنسان من النهوض بالأعباء والحياة . وما أحوج أعباء الحياة إلى الجسم الجلد والبدن القوي والصبور[١] .

ولما كان الماء هو أساس الحياة وأساس الطهارة والنظافة، أولاها الإسلام اهتماما كبيرا لما له من أهمية بالغة في حياة الكائنات الحية عامة، والإنسان خاصة، حيث جعل الله كل شيء منه حي ،

قال تعالى: ﴿... وَجَعَلْنَا مِنَ الْمَاءِ كُلَّ شَيْءٍ حَيٍّ ...﴾ [سورة الأنبياء:٣٠]

لذلك جعلت الشريعة الإسلامية الغراء حق الانتفاع بالماء مكفولا للجميع بلا احتكار يقول النبي ﷺ : " المسلمون شركاء في ثلاث: في الكلأ والماء والنار"[٢]

و إذا كان الله – Y – قد جعل من الماء كل شيء حي، سواء كان إنسانا أم حيوانا أم نباتا أم غيره، فان ذلك ادعى إلى أن نحافظ عليه لأنه النعمة المهداة من الله – Y – إلى جميع مخلوقاته حتى تستمر في العيش إلى ما شاء الله . فوجبت الشريعة ما يلي:

---

(١) أحمد علي سليمان ، مستقبل الأمن المائي العربي في عصر العولمة ، العدد(١١٦) سلسلة قضايا إسلامية . وزارة الأوقاف ، القاهرة ١٤٢٥هجرية -٢٠٠٤ميلادية ص ٦٥.

(٢) أخرجه البخاري في صحيحة ،ج٥ ، ص٢٣٥٨ ، ح٦٠٥٣ .

١ – وجوب المحافظة على الماء وعدم الإسراف فيه :

و الناظر في الشريعة الإسلامية الغراء يجد أن نصوصها قد تضافرت للحث على المحافظة على موارد المياه، وعلى حمايتها من كل العوامل التي تسبب فسادها . ومن ثم فقد نهت الشريعة الإسلامية عن الإسراف في الماء واستعماله في غير موقعه أو تجاوز الحد اللائق في استعماله حتى لو كان بغرض الطهارة من الحدث الأكبر أو الأصغر، وكان النبي ﷺ القدوة الحسنة في ذلك، فقد روى الإمام مسلم من حديث أنس رضي الله عنه : "كان النبي ﷺ يتوضأ بالمد، ويغتسل بالصاع إلى خمسة أمداد "[1] .وجاءاه أعرابي يسأله عن الوضوء (فأراه ثلاثا، قال هذا الوضوء، فمن زاد على هذا فقد أساء وتعدى وظلم) [2] وجاءت الأحكام الشرعية الإسلامية لتنبه إلى أهمية الماء في الحياة، وتحذر من الإسراف في استهلاكه في أغراض الشرب والصناعة والزراعة، وحتى في مجال العبادات، سواء أكانت هذه المياه متوفرة بكثرة أو محدودة الكمية، لأن العبرة بالتصرف الأخلاقي المتوازن فيها وليس بالنظر إلى كثرتها أو قلتها حتى تحتفظ البيئة بهذا المورد المهم، قال مجاهد: " لو أنفق إنسان ماله في الحق لم يكن مبذرا، ولو أنفق مدا في غير حق كان مبذرا " (٣)

٢– النهي عن تلويث الماء.

وفي صفحات الرسالة، السابقة واللاحقة ما يفيد شرح هذا.

---

(١) أخرجه مسلم في صحيحة ١ جـ١ ١ صـ٢٢٧ ١ حـ٢٦٩ .

(٢) أخرجه مسلم في صحيحة ١ جـ١ ١ صـ٢٢٧ ١ حـ٢٧٠ .

(٣) مختصر تفسير ابن كثير ، اختصار وتحقيق : محمد علي الصابوني ،دار القرآن الكريم ، بيروت الطبعة، السابعة سنة ١٩٨١م ، ص٤٧٣

٣- المحافظة على الثروة النباتية وعدم الإسراف في زراعة ما ليس فيه فائدة:

ومن عظمة الإسلام إقراره لمبدأ المحافظة على الثروة النباتية وعدم الإسراف في زراعة ما ليس فيه فائدة تحاشيا لاستنزاف المياه فيما لا عائد له .

وهذا المبدأ اعتمده الفقهاء المسلمون بناءا على ما أقره الإسلام من الامتناع عن الإسراف في كل مجالات الحياة، وأباحوا زراعة نباتات الزينة في الحالات التي تكون فيها الأمة مكتفية في غذائه، أما إذا كان عدد السكان كبيرا والإنتاج الزراعي غير كاف لتلبية احتياجاتهم الضرورية، فان الإسلام يفرض على أصحاب الأراضي أن يوجهوا عنايتهم إلى استنبات المحاصيل الغذائية، وعدم تبديد التربة والمياه فيما لا فائدة منه . وقد تناول ابن خلدون هذه الفكرة في مقدمته، وأشار إلى أن من بين أسباب تفشي المجاعات في الأمصار انصراف الأغنياء إلى زراعة أشجار الزينة للتباهي بها، وإغفالهم الضروريات التي يكون بها معاش العباد: يقول بعض الخواص إن المدينة إذا كثر فيها غرس النارنج[١] تأذنت بالخراب، حتى إن كثيرا من العامة يتحاشى غرس النارنج، وإنما معناه أن البساتين وإجراء المياه هو من توابع الحضارة

---

(١) النارنج : شجرة مثمرة من الفصيلة السذابية دائمة الخضرة ، لها رائحة عطرية وأزهارها بيض عبقة الرائحة تظهر في الربيع وتستعمل في صنع ماء الزهر وبعض العطور . راجع :المعجم الوسيط ، ص٩١٣

ثم إن النارنج والليم والسرو [1] . وأمثال ذلك مما لا طعم فيه ولا منفعة هو من غاية الحضارة، إذ لا يقصد بها في البساتين إلا أشكالها فقط، لا تغرس إلا بعد التفنن في مذاهب الطرف [2] .

لقد أراد الإسلام أن يكون الاقتصاد في الاستهلاك صفة أساسية من صفات المسلم، وخلقا مركوزا فيه، يوافقه في جميع مجالات حياته، ويكيف سلوكه، ويرشده إلى أقوم السبل للتعامل مع مختلف موارد البيئة لصيانتها من العبث، والمحافظة عليها من السرف، وحمايتها من التبديد، وهي الأمور الضرورية التي تفتقر إليها البيئة ويفقدها الإنسان العربي، وتتطلب من المسلم التحرك الواعي في هذا المجال لإيجاد القنوات المؤثرة التي بإمكانها توصيل هذا الفكر الخصب والطرح الواعي إلى العالم[3] .

المياه التي يصح التطهير بها سبع مياه :-

١-ماء السماء: أي المطر،أو الندى يقول الله تعالى ﴿... وَأَنزَلْنَا مِنَ ٱلسَّمَآءِ مَآءً طَهُورًا ﴾ [سورة الفرقان:٤٨].

٢-ماء البحر: أي المالح قال ﷺ " هو الطهور ماؤه الحل ميتته " [4]

٣-ماء النهر: أي الحلو كماء النيل

٤-ماء البئر: سواء كان مستطيلا، مربعا أو مستديرا، ويدخل في هذا النوع المضخات " الطلمبات " لان المواسير كالآبار إلا أنها ضعيفة

---

(٢) الليم : هو نفسه الليمون ، وهو شجر مثمر من فصيلة البرتقاليات . السرو : جنس شجر حرجي للتزيين، من فصيلة الصنوبريات . راجع : المعجم الوسيط ، ص٢٤٨

(٣) مقدمة ابن خلدون . ص٢٥١

(١) أحمد علي سليمان ، مستقبل الأمن المائي العربي ، مر جع سابق ،ص٧٢

(٢) رواه الخمسة .

٥-ماء العين: وهو مـا خـرج ونبـع مـن الأرض بـدون معالجـة، كالمستنقعات والعيون الفوارة (كعيون حلوان) ومما يدل علي مـاء البئر والعين قوله تعالى:

﴿ أَلَمْ تَرَ أَنَّ ٱللَّهَ أَنزَلَ مِنَ ٱلسَّمَآءِ مَآءً فَسَلَكَهُۥ يَنَٰبِيعَ فِى ٱلْأَرْضِ ... ﴾

[سورة الزُّمَر:٢١]

٦-ماء الثلج: وهو ما نزل من السماء مائعا ثم جمد.

٧-ماء البرد: وهو ما نزل من السماء جامدا ثم صار سائلا على الأرض، ويشهد لهذين النوعين قول أبي هريرة رضي الله عنه كان رسول الله ﷺ " اذا كبر في الصلاة سكت هنيئه قبل القراءة فقلت يا رسول الله – بأبي أنت وأمي أرأيت سكوتك بين التكبير والقراءة ما تقول ؟ قال " أقـول اللهم باعد بيني وبين خطاياي كما باعدت بين المشرق والمغرب اللهم نقني من خطاياي كما تنقي الثوب الأبيض من الدنس، اللهم أغسلني من خطاياي بالثلج والماء والبرد "[١] .

وعلى ذلك حث الإسلام على طهارة المياه من كل ما يعلـق بهـا مـن شوائب أي أن المياه التي يصح التطهر بها هي كل ماء نزل من السـماء، أو نبع من الأرض على أي صفه من الصفات واشـترطت الشـريعة الإسـلامية لصلاحية المياه للتطهر أن يكون ماء طبيعيا لم يتغير طعمه أو لونه أو رائحته ولم تخالطه قاذورات يخشى منها على صحة الإنسان.

(١) رواه الجماعة والترمذي

ثالثا- سياسة الاقتصاد الإسلامي في الغذاء :-

من وجهة النظر الاقتصادية الإسلامية، فان المفهوم العام للأمن الغذائي، هو ضمان استمرار تدفق المستوى " المعتاد " من الغذاء اللازم لاستهلاك المجتمع، لا يمكن الاعتراض عليه إلا إذا كان ضمن المستوى المعتاد من الغذاء سلعة محرمة شرعا . وقد يجد الاقتصادي المسلم لذلك أنه من الأوفق القول بأن الأمن الغذائي هو ضمان استمرار أو تدفق المستوى " المعتاد " من الغذاء الحلال اللازم لاستهلاك المجتمع في أي فترة من الزمن .

وللمجتمع الإسلامي له معالجته لمستوى الغذاء الحلال عندما يكون مرتفعا أو منخفضا تبعا للحالة الاقتصادية وتحديد المستوى المعتاد بحيث يضمن له مستوى – حد الكفاف – وما يكفيه من الغذاء، حتى أن الجار ليحاسب عن جاره الجائع إذا أهمل مساعدته.

لقد أهتم الإسلام بغذاء المسلم من النواحي الآتية منها (١) وبين له الأغذية الحلال وشجع عليها وأخيراً نظم له عادات الغذاء ومواعيده وبين أنواعها:

١ – الأغذية المحرمة: قال تعالى : ﴿حُرِّمَتْ عَلَيْكُمُ ٱلْمَيْتَةُ وَٱلدَّمُ وَلَحْمُ ٱلْخِنزِيرِ وَمَآ أُهِلَّ لِغَيْرِ ٱللَّهِ بِهِۦ وَٱلْمُنْخَنِقَةُ وَٱلْمَوْقُوذَةُ وَٱلْمُتَرَدِّيَةُ وَٱلنَّطِيحَةُ وَمَآ أَكَلَ ٱلسَّبُعُ إِلَّا مَا ذَكَّيْتُمْ ...﴾ [سورة المائدة:٣] . وكل واحدة من هذه المحرمات لها حكمة علمية لا يجادل فيها أحد. وقد حرم الإسلام الخمر أيضاً .. قليلها وكثيرها، ذلك أن ضرره الأخلاقي

(١) د. أحمد شوقي الفنجري ، السلوك الإسلامي والصحة (أثر الإسلام وتعاليمه في الحفاظ على صحة الفرد والمجتمع ، الكويت ، ٢٠٠٣م ، ص ٣ .

والمعنوي أخطر من الضرر الجسمان

٢- الأغذية الحلال: الإسلام دين الفطرة والأصل في تعاليمه الإباحة لكل الأطعمة إلا ما كان فيه ضرر، ولكن هناك أغذية يشجع عليها لفائدتها للجسم، من ذلك لحم البر البحر، والعسل والحليب...الخ.

والإسلام يعارض المذاهب النباتية التي تمنع أكل اللحوم لأسباب دينيه ويعتبر ذلك تحريم ما أحل الله والحكمة في ذلك أن جسم الإنسان لا يستطيع أن يعيش سليماً على النباتات وحدها، لأن أمعاء الإنسان أقصر من أمعاء الحيوانات أكلة العشب، فهي لا تستطيع أخذ ما يكفيها من البروتينات عن طريق الوجبة النباتية.

٥- تنظيم الغذاء كماً وتوقيتاً: لقد نص الإسلام على عدم الإسراف في الطعام وقال تعالى: ﴿...وَكُلُوا۟ وَٱشْرَبُوا۟ وَلَا تُسْرِفُوٓا۟ ...﴾ [سورة الأعراف:٣١] وفرض الإسلام " نظاماً " للصوم لمدة شهر كل عام وليس هناك مجال للشك في فوائد الصوم الصحية والنفسية .

رابعا: سياسة الاقتصاد الإسلامي في الزيادة السكانية :

إن مشكلة البلدان النامية من وجهة النظر الإسلامية ليست في كثرة الأعداد السكانية في حد ذاتها، وإنما هي في ضعف مقدرة العنصر البشري المقترن بهذه الكثرة، إنها كثرة ولكن (كغثاء السيل) لا قيمة لها، فهي كثرة مقترنة بالسلبية والجهل والتردي في أنواع من السلوك الذي لا يجلب إلا مزيدا من الجهل والفقر . مزيد من التخلف الاقتصادي .(١)

---

(١) د.عبد الرحمن يسري أحمد ، دراسات في علم الاقتصاد الإسلامي ، مرجع سابق ، ص٢١٩.

أي أن عملية التنمية لن تنتعش بزيادة أو نقصان الأعداد البشرية التي تتميز بالخصائص المذكورة فالسلبية سوف تستمر والتردي في أنواع من السلوك المعاكس للتنمية الاقتصادية سوف يستمر .

و هل يستطيع أحد من الاقتصاديين أن يفترض أن الحد من التزايد السكاني في أي بلد من البلدان النامية سوف يتسبب في أن يصبح العمال أكثر رغبة في العمل ،أو أكثر مقدرة في أداء أعمالهم، أو في أن يصبح رجال الأعمال أكثر ميلا للمخاطرة في الأعمال الجديدة ؟ .

لابد أن نسلم معا أن نمو الناتج الحقيقي الكلي بمعدل اكبر من معدل نمو السكان يعتمد على نوعية العنصر البشري، وقدرته المستمدة على التغير للأحسن، وإحداث التغيرات المناسبة في النشاط الاقتصادي (١) .

وفي ظل هذا الفرض يمكن أن تنمو الأعداد البشرية، كما تنمو بلا تحديد، وسوف تنمو الطاقة الإنتاجية على سبيل التأكيد بمعدلات أكبر من نمو الطاقة الاستهلاكية للسكان .

خامسا- سياسة الاقتصاد الإسلامي في الأخذ بوسائل التكنولوجيا الحديثة:-

من الضروري الرقي أو الارتقاء بالصحة، أن يأخذ العالم الإسلامي بالوسائل العلمية الحديثة، ونعني بذلك (التقنية) التي ترمي إلي استخدام البحث العلمي في تطوير الخدمات الصحية تطويرا شاملا في جميع المجالات الطبية، والأنشطة الإدارية والتنظيمية والاجتماعية بهدف التوصل إلي أساليب وقائية وعلاجية فعالة ولا نعني بذلك نقل ثمرات التقنية من عدد وآلات

---

(٢)-نفس المرجع السابق ، ص٢٢٠

ومصانع بل نعني أعداد الكفاءات الإسلامية القادرة علي تطبيق التقنية فلا يعقل مثلا أن نستورد ألآت طبية حديثة دون أعداد الخبرات مـــن الأيـــدي العاملة التي يكون في استطاعتها تشغيلها وصـــيانتها وتطويرهـــا. أن نقـــل ثمرات التقنية دون أعداد.

مما يمثل عبا اقتصاديا على الدول الإسلامية إذا وضعنا في الاعتبار أن أسرارها لا توجد ألا في مواطنها مما يزيد في تكـــاليف صـــيانتها، واحتمـــال تعطلها وقد رأينا بعض الدول الإسلامية تكتفي بنقل نتائج التقنية الغربية دون أن تبني تقنية أسلامية مستقلة فترتب على ذلك نتائج سلبية في مقدمتها [1].

١-فشل التقنية الطبية.

٢-استنزاف خبراتها ووقوعها تحت رحمة المنتج الأجنبي.

وخاصة في تحكم الدول الغريبة في الدواء بحقوق الملكيـــة الفكريـــة (براءة الاختراع). في اكتشاف الأدوية الحديثة .

لا مناص إذا من أيجاد تقنية إسلامية مستقلة، مع الاستفادة من التقـــدم العلمي في الدول المتقدمة، وتهيئة المناخ المناسب للبحث العلمـــي، وجـــذب العقول المهاجرة للعودة الي الوطن الإسلامي، للإســـهام فـــي بنـــاء تقنيـــة إسلامية تتلاءم مع المنهج الإسلامي، الذي يسعى لتحقيق حد الكفاية للـــوطن الإسلامي الكبير، ولن يؤدي هذا إلي زيادة الإنتاج فحسب، بل يؤدي كذلك إلي تحقيق الاستقلال الاقتصادي والسياسي .

---

(١) حسن سري ، الاقتصاد الإسلامي ، مرجع سابق ،ص٣٠١

سادسا – سياسة الاقتصاد الإسلامي في معالجة التوتر العصبي :

الحياة الإسلامية مليئة بكل ما يؤدى إلى تمتع للفرد بالصحة النفسية والعقلية والسلامة الجسمية، فالهدى القرآني الكريم يحض على عدم التكالب أو أن يحمل الإنسان نفسه ملا يطيق أو تحتمل لأن ذلك يؤدى إلى إرهاق النفس، ومن ثم إصابتها بالمرض، يقول الله تعالى: ﴿لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَاۚ لَهَا مَا كَسَبَتْ وَعَلَيْهَا مَا ٱكْتَسَبَتْۗ ...﴾ [سورة البقرة:٢٨٦] .

فعنى الإسلام بما ينفع الفرد في علاج ما يعترى نفسه من الأمراض والعلل والأزمات والآضرابات والصراعات والتوترات والمشاكل ويفتح أمامه دائماً أبواب التوبة النصوح على مصارعها، ولا شك أن استقراء التراث الإسلامي يوضح أن الاهتمام بعلاج النفس ليس وليد اليوم، وإنما له أصول وجذور قوية تكمن في الدين الإسلامي عقيدة وسلوكا .

ويظهر الأثر النفسي للتدين في الزهد والورع والتقوى والرضا والقناعة (١).

ويكشف استطلاع التراث الإسلامي كثيراً من الحقائق منها أن علماء المسلمين قد اهتموا بأمر النفس وسلوكها وعلاجها وأدركوا كثيرا من وظائف النفس، وحسنوا أنفس الطبيعة البشرية، ووضعوا كثيرا من أسس ومبادئ السلوك الأخلاقي مما كان له الأثر الإيجابي في صحة المسلم جسمياً وعقلياً وروحياً وخلقياً وفكرياً .

---

(١) د. عبد الرحمن محمد العيسوى، الإسلام والصحة النفسية (دراسة نفسية)، دار الراتب الجامعية، ط١، بيروت، ١٤٢٠هـ / ٢٠٠١م، ص٥٥

سابعا – سياسة الاقتصاد الإسلامي في معالجة الأمراض الوراثية :

فلم يغفل الإسلام من التحذير من الأمراض التي تأتي عن طريق الوراثة فمن هدى رسول الله ﷺ قال :" تخيروا لنطفكم، ونكحوا الأكفاء وانكحوا اليهم"[1] وهذه نعمة كريمة من الرسول ﷺ إلي الأمراض الوراثية التي اثبت العلم الحديث صحتها كالأمراض العقلية، وبعض التشوهات الأخلاقية وتبرز عادة بشكل واضح من عادة الاقتصار في الزواج من الأقارب وعن عمر بن الخطاب رضي الله عنه قال " غربوا النكاح " وذلك حفاظا علي قوة النسل والذرية.

---

(١) رواه مسلم في صحيحة

الفصل الثاني

الأثار المترتبة على المشكلات الصحية وعلاجها في الاقتصاد الاسلامي

إن انتشار الأمراض وتزايدها، دون التوقف للوقاية منها أو علاجها شئ خطير ومدمر، وأمر قبيح ومرفوض، وتأباة النفس البشرية لأنه يمحو العزة والكرامة، ويسبب العجز والعوز والتبعية المتدنية للأفراد والجماعات، والشعوب والمجتمعات، لما يصيبها من انخفاض وإحباط على جميع المستويات .

فالمرض مشكلة إنسانية تصيب الفرد وتؤثر على طبيعة المجتمع الإنتاجية، والنظام الاقتصادي ملزم بإيجاد نظام صحى متكامل يحافظ من خلاله على صحة الأفراد، ومعالجه تؤدى بهم إلى الشفاء الكامل، ومن ثم إرجاعهم مرة أخرى إلى عجلة الإنتاج والخدمات الاقتصادية .

وإذا لم يؤدى العلاج الموصوف من قبل المؤسسات الرسمية إلى شفاء الفرد شفاءً كاملاً، فإن النظام الصحي ملزم بإعلان عجز الفرد عن احتلال دورة الطبيعى في المجتمع، مشيرا إلى ضرورة تحمل النظام الاقتصادي مسئولية في دفع تعويض مالي يحفظ كرامة الفرد العاجز ويسد حاجته الأساسية، وسوف يتناول الباحث في هذا الفصل دراسة الآثار المترتبة على المشكلات الصحية من خلال مبحثين:

المبحث الأول :- الآثار الاجتماعية وعلاجها في الاقتصاد الإسلامي.

المطلب الأول: الآثار الاجتماعية

المطلب الثاني: الإجراءات التطبيقية لمعالجة الآثار الاجتماعية في الاقتصاد الإسلامي

المبحث الثاني: الآثار الاقتصادية وعلاجها في الاقتصاد الإسلامي .

المطلب الأول: الآثار الاقتصادية.

المطلب الثاني: الإجراءات التطبيقية لمعالجة الآثار الاقتصادية في الاقتصاد الإسلامي .

ثم بيان مميزات الاقتصاد الإسلامي عن غيره من الاقتصاديات الوضعية .

ثم بيان الاتفاق والاختلاف بين الاقتصاد الإسلامي والاقتصاد الوضعي في حل المشكلات.

المبحث الأول

الآثار الاجتماعية وإجراءات العلاج في الاقتصاد الإسلامي

وإذا كان المجتمع كالجسم له أمراضه التي تفنيه، فإن شر هذه الأمراض ذلك الثالوث الخطر الذي تعانيه أكثر الأمم، وتجاهده كل الحكومات وهو " الفقر والجهل والمرض " فهي دون مراء، أقسى أمراض المجتمع وألد أعداء الشعوب، وهي أعصى الجراثيم الاجتماعية التي جرت في دم الإنسانية منذ فجر التاريخ إلي اليوم، تتألم لها وتعجز عن مقاومتها.

أما أعراض هذه الأمراض فلا حصر لها، فهي التدهور كله، والتخلف كله، بل الموت الأدبي بكل صوره وشتى معانيه، وإذا كانت الأمم الغربية – رغم أن مبادئها رأسمالية اشتراكية – قد وفقت إلي حد كبير في علاجها وتخفيف ويلاتها، فإنه لا تزال الأمم الأدنى كالشرق تحيا في تخلف اجتماعي، يكاد يفتك بها هذا الثالوث الخطر [1].

وسوف نتناول هذا المبحث من خلال مطلبين :

المطلب الأول : الآثار الاجتماعية للمشكلات الصحية.

المطلب الثاني: الإجراءات التطبيقية لمعالجة الآثار الاجتماعية في الاقتصاد الإسلامي.

---

(١) http :// www. Adabihait gov . sa / booko٣.html . موقع شبكه الانترنت بتاريخ ٢٠٠٣/٩/٣٠

المطلب الأول :
الآثار الاجتماعية للمشكلات الصحية

إن نظرية الصراع الاجتماعي[1] " اعتبرت المعافاة الصحية مصدرا من مصادر القوة الاجتماعية التي اهتم بها الرأسماليون، ولما كان المجتمع الرأسمالي مبنيا على المنافسة الاقتصادية، فأن المنافسة للسيطرة على النظام الصحي تحمل كل معاني المنافسة الاقتصادية، لأن النظام الصحي يدر على الطبقة الرأسمالية مقدارا هائلا من الثروة، ناهيك عن اندماج قادة النظام الصحي في العملية الرأسمالية، وخصوصا عملية الاستثمار، وما يصاحبها من قدرة على تحويل القوة الاقتصادية إلى قوة سياسية، وإذا كان توزيع الثروة في المجتمع الرأسمالي محصورا في الطبقة الرأسمالية القوية، فإن النظام الصحي بكل ما يجلبه من خيرات سيكون حتما في قبضة اليد الرأسمالية، لأن هذا النظام الصحي يمثل الطرف المنتصر في عملية الصراع الاجتماعي"

ويمكن توضيح الآثار الإجتماعية الحقيقية للمرض على التحو التالي :

١ – الأضرار الاجتماعية الخطيرة على المجتمع .

٢ – انهيار وضعف الأسرة.

٣ – انتشار الفقر والضعف .

٤ – البطالة

٥ – التسول

---

١ –موقع شبكة الانترنت " النظام الصحي في الإسلام " بتاريخ ٣/٤/٢٠٠٤
http://www.rafed.net/books/olom-quran/nazaria/not.html

٦- أزمة الإسكان

٧- صراع القيم

أولا: الأضرار الاجتماعية الخطيرة على المجتمع

يساهم المرض في تقويض النظام الاجتماعي، كما تساهم الظواهر الطبيعية والمادية في هدم ما بناه الإنسان، فالزلزال المدمر، والجفاف المؤدى إلى المجاعة، والحروب المؤدية إلى خراب شامل، تقوض النظام الاجتماعي والاقتصادي، كما يقوضه انتشار الأمراض .

كما أن انتشار الأمراض يهز الكيان السياسي، ويؤثر على النظام الاقتصادي من خلال تعطيل طاقات الأفراد في العمل والاستثمار والإنتاج. والمرض ليس قضية شخصية تهم الفرد فحسب، لأنه وحده الذي يتألم، إلا أن الواقع يفصح، بأن المرض مسألة اجتماعية، لأنه لا يمكننا أن نتصور فصل الصحة والمرض والعلاج عن الصورة الاجتماعية الكلية. كما يتعدى تأثير الأمراض إلى عائلة المريض ومحبيه، فمع أن المريض يمر بتجربة مريرة من الآلام والقلق والانزعاج خلال فترة مرضه، إلا أن عائلته تعاني أيضا من حالته الاستثنائية، فقلق العائلة على معيلها، وخوفها من فدان المورد (المعاش) يساهم في اضطراب الوضع العائلي ويجعله مرتبطاً بصورة وثيقة بصحة المعيل. والأضرار الاجتماعية الناتجة عن الأمراض تهدد المجتمع في صور شتى منها: الانحراف، والأمية والطلاق والبطالة، وانتشار ظاهرة التسرب من التعليم، وتزايد الجهل ويظهر بقوة الثالوث المعقد (الفقر، الجهل- المرض) بين أفراد المجتمع(١).

---

(١) موقع شبكة الإنترنت بتاريخ ١٥/٢/٢٠٠٥م

١-http://www.rafed.net/books/olom-quran/gazaria

ومن الأمراض الاجتماعية:

أمية وتعليم المرأة :

تعتبر المرأة من أهم العوامل المؤثرة على صحة الطفل، حيث تقوم المرأة بصفتها ربة البيت والأم بدور يؤثر في الارتقاء في المستوى الصحي للأسرة وخاصة الأبناء (الوقاية من الأمراض والتعامل السليم معها) ولذلك فإن مفهوم الحفاظ على حياة الطفل، كما وصفته هيئة إغاثة الطفولة (اليونيسيف) اشتمل على تعليم المرأة كأحد العوامل الهامة لرفع المستوى الصحي للطفل .

وقد أثبتت بيانات الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء أن حالات وفيات الرضع تبلغ أعلى مستوى بين الأمهات الأميات وأقل مستوى بين الأمهات اللاتي أتممن التعليم الثانوي.

ولا شك أن انخفاض المستوى التعليمي للأم يساعد على تمسكها بعادات وتقاليد وممارسات خاطئة في تغذية الطفل وتنشئته مما يؤثر سلبا على نموه، وعلى سبيل المثال حرمان الطفل من بعض الأغذية الهامة أثناء المرض [1].

حرمان الأيتام من التعليم والغذاء :

إن المرض الذي يصيب البالغين من أرباب الأسر ويؤدي بهم إلى الوفاة يثير موضوع إعالة الأيتام، إذ أنه حتى في المجتمعات المترابطة التي يتولى فيها الأقارب كفالة اليتيم يعاني الأطفال اليتامى من انخفاض الفرص في مواصلة التعليم وانخفاض كمية الغذاء مقارنة بالأطفال الآخرين،

---

(١) المجالس القومية المتخصصية ، تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية الدورة (١) القاهرة ٩٠ / ١٩٩١ م .

ولمعالجة هذا الوضع تتجه بعض البلدان – كزمبابوي – مثلا – إلي تقديم خدمات خاصة للأطفال اليتامى تتمثل في حرف بدل رسوم دراسية وأزياء مدرسية وغيرها للأسر التي تعتني باليتيم مع نسبة إصابة تصل إلي ٢٦% من البالغين وما يقدر بـ٦٠ ألف يتيم خلال عام ٢٠٠٠م [١] .

في دراسة عملية لتكاليف العلاج التي تعطى لمريض الإيدز مقارنة بالمرضى الآخرين غير المصابين بالإيدز – أجريت عام ١٩٩٥ م – تبين أن هذه التكلفة استمرت منذ عام ١٩٩٢ وحتى يناير ٢٠٠٠م في الارتفاع، وفي دراسة عملية أخرى نجد أن مقدار الفقد في الرفاة محسوبا بتكاليف العلاج الشخصية التي يدفعها المريض من جيبه الخاص هو ٤٠% من مجمل تكلفة العلاج تتمثل في رسوم الرعاية الطبية المنزلية التي يتحملها المريض، وبالتالي تلاحظ أن الدراسات التي تركز فقط على التكلفة المعروفة من خلال التعامل مع المستشفيات أو من خلال ما تنفقه الحكومة، لا تعبر بالفعل عن التكاليف الإجمالية لمريض الأيدز وما يتسبب فيه من انخفاض في مستوى الرفاة له والمعيلين له [٢].

ومن ناحية أخرى يعتبر الطلب علي الدواء والعلاج بشكل عام من الناحية الاقتصادية طلبا ضعيف المرونة، أي أن الشخص يضطر لشرائه مهما كان سعره وإذا ما علمنا أن أسعار الأدوية والعقاقير في ارتفاع مستمر وأنها قد تضاعفت خلال الفترة من ١٩٩٠ – ١٩٩٩م فقط نجد أن

---

(١) موقع شبكة الانترنت بتاريخ ٢٠٠٣/١١/٣

٢- http://www.islam-online.net/iol-arabic/dowalla/namaa-٣٨/namaa٢.asp .

(٣) نفس المرجع السابق ذكره .

مريض الايدز ومن يعولونه يعانون من تدهور مستمر في مستوى الرفاه. كما أورد البنك الدولي بأن منطقة الكاريبي قد خسرت بالفعـل ٦% من ثرواتها بسبب ارتفاع الإنفاق على الصحة وانخفاض الادخـار وزيـادة الاعتماد على الأشخاص العاملين اقتصاديا وفقـدان قـوى العمـل يسـبب المرض، الأسر الذي يعني انخفاضا في مستوى الرفاة لتلك المنطقة (١)

ويجب ألا نغفل لك العوامل الاجتماعية والنفسية التي من الممكن أن يسببها العمل، والتي من الممكن أن يكون لها تأثيراتها المرضية النفسية على العامل كتلك الأمراض الاجتماعي والنفسية المرتبطة بضغوط العمل . فبيئـة العمل تسهم بشكل عام في إحداث كثير من الأمـراض الصـحية والنفسـية والتي تؤثر بشكل مباشر على الوضع الصحي في المجتمع ٢ .

ولا شك أن ابرز المعطيات الجديدة التي افرزها المجتمع الحديث هـي تلك التي تتعلق باستخدام التكنولوجيا الحديثة وأجهزة الاتصالات المتعـددة، فهي بلا شك تؤثر في السلوك الإنساني، وتكون لها علاقات اجتماعية مختلفة وتفرض أيضا نوعية من الضغوط الحياتية اليومية التي لم تكن موجـودة أو ظاهرة في وقت سابق. فأشارت دراسة قام بها ناي وير بيـنج ٣ NIE AND ERBING (٢٠٠٠)

(١) نفس المرجع السابق ذكره .

(٢) -د. يعقوب يوسف الكندري ، الثقافة ، والصحة ، والمرض ، رؤيـة جديـدة فـي الأنثروبولوجيـا المعاصرة ، مجلس النشر العلمي ، جامعة الكويت ، ٢٠٠٣م ، ص٢٠٧

٣- Nie,n.and Erbing ,L.(٢٠٠٠)internet and society : Apreliminary Report . stand ford institute for the quantitative study of society intersurveyinc , and mckinsey and co.

من جامعة ستانفرد الأمريكية والتي عمل من خلالها على مسح عـــام لمجتمع الولايات المتحدة الأمريكية فوجد أن هناك تـــأثيرا مباشـــرا مرتبطـــا باستخدام جهاز الإنترنت على العلاقات الاجتماعيـــة للفـــرد فـــي المجتمـــع الأمريكي، وخلصت الدراسة إلى أن هناك ارتباطا بين المدة التـــي يقضـــيها الفرد أمام جهاز الحاسب الآلي مستخدما الإنترنت، وبين العزلة الاجتماعية .

فالعلاقات الاجتماعية تأثرت بشكل مباشر باستخدام الأشخاص المكثف للانترنت. فكلما زاد عدد الساعات التي يقضيها المرء في استخدام الإنترنت، ذات انخفاض التفاعل الأسري والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين . والذي دعا الباحثين في النهاية إلى التحذير من أن العالم سوف يتحول إلـــى عـــالم ذرات دون مشاعر إنسانية ودون تفاعل مباشر إذا استمر اللجوء إلى استخدام هذه التقنية والإفراط باستخدامها . فهذه ارتبطت بشكل كبيـــر بمفهـــوم العزلـــة الاجتماعية الذي يعتبر بعدا من أبعاد الاغتراب الاجتماعي .

وأن المرض ليس ظاهرة بيولوجية فحسب، بل انه ظاهرة اجتماعية أيضا، فالمجتمع الإنساني لا يتطور تطورا طبيعيا ما لم يقم الأفراد جميعـــا بأداء أدوارهم الاجتماعية في كل الأوقات. فإذا تعرض أحدهم لمرض مـــن الأمراض أصبح دوره الاجتماعي شاغرا لأنه لا يستطيع القيام بتأدية ذلـــك الدور المناط به اجتماعيا. والنتيجة أما أن يحال ذلك الدور الي فرد ســـليم من الناحية الصحية وأما أن يبقى شاغرا دون شاغل يشغله. وهذا التبـــدل في الأدوار الاجتماعية يسلط ضغطا ويولد أربكا ضد الحركة الطبيعية لنظام الاجتماعي(١)

---

(١) HTTP://WWW.raled.net/boks/olom-quran/nazaria/no٧.html بتاريخ ٢٠٠٣/١٢/٧

أن انتشار الأمراض، يساهم فـــي اضـــطراب النظـــام الاجتمـــاعي، وإضعاف قواه الإنتاجية خصوصاً إذا ما انتشرت الأمـــراض المعديـــة فـــي المجتمع انتشاراً واسعاً كالملاريا والجدري والكوليرا، فإنها تنـــزل ضـــربة ساخنة بالمؤسسات الاقتصادية والإنتاجية للدولة .

فالإدمان على سبيل المثال يعتبر آفة تصيب الفـــرد والمجتمـــع، إذ يتصدع البنيان الاجتماعي، وتتفكك الروابط الاجتماعيـــة، وتتضـــعف قـــدرة الإنسان على العمل ويتزايد عجز الشباب عن مواجهة الواقـــع والارتبـــاط بمتطلباته، وتتفاقم المشكلات الاجتماعية، وتزداد عدد الحـــوادث والجـــرائم وحوادث الانتحار[١].

وهذا يفسر تجاهل الحكومات الاستعمارية فـــي معالجـــة الأمـــراض والأوبئة الفتاكة في البلدان المستعمرة معالجة جديدة، لأن هذه الأمـــراض تفتح أبوابا لتدمير طاقة المجتمع الإنتاجية واستهلاك مصـــادره وخيراتـــه، وإذا ضعف المجتمع على الصعيد الإنتاجي تكاثر المستكبرون على اقتســـام خيراته ونهبها [٢]

وقد سعت بريطانيا عند احتلالها الهند في القرن التاسع عشـــر إلـــى استخدام عمليه نشر الأمراض كسلاح ضد العدو، مستفيدة مـــن تجربتهـــا التاريخية في واقعتين[٣] :

---

(١) جريدة البيان ، الأمارات ، الأحد ٥ ذو الحجة ، ١٤٢٢ هـ ، ١٧ فبراير ٢٠٠٢ .

(٢) موقع شبكة الانترنت

File :// D:\ شاهين النظام الصحي . htm

(٣) نفس المرجع السابق

الأولى: في القرن الرابع عشر: والثانية: في بداية القرن العشرين الميلادي .

حيث اكتسح الطاعون أوربا في القرن الرابع عشر وسمى في وقته بالموت الأسود، لإفنائه أكثر من ثلث سكان القارة، وتدميره البنية الاقتصادية والسياسة والدينية لدول القرون الوسطى الأوربية، وفى سنة ١٩١٨ قتلت الأنفلونزا الأوربية أكثر من عشرين مليون فرد. والمنهج الإسلامي يحارب الانحراف والامية والجهل والمرض، بكل الأشكال والصور، ويدعو إلى القوة والعلم والمجد " قال تعالى: ﴿كُنتُمْ خَيْرَ أُمَّةٍ أُخْرِجَتْ لِلنَّاسِ ...﴾ [سورة آل عمران:١١٠].

ثانيا: انهيار وضعف الأسرة:

إن المرض يؤثر في الحياة الأسرية، وتتأثر الأسرة باعتبارها الأداة البيولوجية التي تحقق إنجاب الأبناء واستمرار الحياة، فهي الوسيلة التي تنتقل من خلالها الخصائص الو راثية عن طريق الصفات التي تحملها الجينات (GENES) ولا تقوم الأسرة على أساس صحي سليم إلا من خلال الاستعداد الجسمي السليم الذي هو حجر الزاوية في الحياة الأسرية السعيدة [1]

ويقرر الكثير من العلماء أن ضعف النسل وانحطاط قدرته العقلية يرجع العوامل وراثية في كثير من الأحيان، ولهذا ينصحون بعدم زواج الأقارب خاصة إذا كانت درجة القرابة وثيقة إذ تنتقل كل الصفات السيئة في الأصول القريبة، وبعض الخصائص الضعيفة في الأصول البعيدة الامراض.

---

١ -د. أميرة منصور يوسف علي ، المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية ، المكتب الجمعي الحديث، الإسكندرية ، ١٩٩٩ ،ص٩٢

و عندا يتعرض احد أفراد الأسرة لمرض تؤثر حالته في كـل أعضـاء الأسرة، حيث يضطرب نظـام الحيـاة اليـومي، بالإضـافة إلـى الأعبـاء والمسئوليات والتي يتحملها جميع أعضاء الأسرة خاصة إذا كـان المـرض مزمن، كما تتأثر الأسرة تأثيرا بالغ الأثر إذا كان المريض هـو رب الأسـرة، حيث قد يتوقف دخله أو ينخفض، ونتيجة لـذلك تقاسـي الأسـرة بأكملهـا، وخاصة إذا لم يكن للمريض مدخرات سابقة أو مصادر أخرى للدخل تسـاعده في مواجهة هذه الظروف الطارئة، فقد يشعر بالفشل في القيام بالتزامه نحـو أسرته وبالتالي بالقلق حول مصير الأسرة، مما يؤدي إلى اكتئابه بدرجة تؤثر في كافة المحيطين به وقد تضطر المرأة (الزوجة) إلى الخروج للعمل لإعالة أسرتها وقد يتعذر عليها إيجاد العمل المناسب بسبب السن أو الأمية أو نقص الخبرة فتضطر إلى ممارسة أي نوع من العمل وتـرك بيتهـا وأبنائهـا دون رعاية كافية.

كما يجلب مرض ألام الكثير من المشكلات واضطراب الحياة الأسـرية، فالأب ينتابه القلق والجزع حول حالة أسرته تنتهي به إلى التوتر والعجز عن تدبير أمور الأسرة، وتشعر ألأم بالبؤس واليأس لأن حالـة الأسـرة تعكـس عجزها عن تدبير شئون الأسرة ومباشرة إشرافها على أمـوره، ولأن حيـاة أبنائها تغمرها شيء من الفوضى والإهمال، وقـد تضـطر الابنـة الكبـرى للانقطاع عن دراستها لرعاية إخوتها الصغار، مما يعرضها للإحباط لفشـلها في تحقيق أهدافها في الحياة .

كما تتأثر الأسرة أيضا بمرض أحد أبنائها أيضا وبالإضافة غلى التأثير النفسي لمرض الطفل على والديه وما ينتابه من مخاوف وقلق حول مستقبل الطفل .فهناك قيود يفرقه المرض ذاته على نشاط الطفل تؤثر على الجوانب النفسية والاجتماعية .

و نستنج من ذلك انهيار وضعف الأسرة المصاحبة للمرض في العلاقات الأسرية نفسها والعلاقات الخارجية للمريض .

و يمكن القول بان انهيار وضعف الأسرة تتلخص في الآتي[1] :

١ –قد يهتز موقف المريض بأسرته، وتتأثر علاقته بأصدقائه فينتاب المريض الحزن والألم في حالات الشلل وفقد البصر

٢ – ضعف مكانة المريض بسبب طول فترة المر ض والبقاء في المستشفى الأمر الذي يؤدي إلى خلل فيدوره في البيئة الطبيعية وفي المنزل

٣ – قد يخشى أحد الزوجين في حالة وجوده في المستشفى للعلاج على الطرف الآخر وهو موجود بمفرده، وخاصة إذا كان هو الموجود بالمستشفى فان الغيرة تستبد به ويفضل الاحتفاظ بمرضه عن الغيبة عن منزله

٤ – قد تنهار الروابط الأسرية نتيجة للمرض، فقد يطلب أحد الزوجين الطلاق إذا وجد انه لا يستطيع الاستمرار في الحياة الزوجية بسبب المرض المعدي أو المزمن خوفا من انتقاله إليه أو إذا أدى المرض إلى إحداث عاهة يصعب معها الاستمرار في الحياة الزوجية

---

١ –د.عبد الحي محمود حسن صالح ، الصحة العامة وصحة المجتمع (الأبعاد الاجتماعية والثقافية) ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ٢٠٠١م، ص٢٤٤

٥ -إذا كان مرض أحد الزوجين ميئوس من شفائه أو ينتج عن عجز جنسي وخاصة إذا كان الزوجين في بداية حياتهما فانه يصعب بل يستحيل الاستمرار في الحياة الزوجية

و على ذلك فان الأعباء المالية التي يفرضها المرض على المرضى وعائلاتهم وأقاربهم بشكل خاص وعلى المجتمع ككل – يعيق برامج مكافحة الفقر والتخلف في الدول النامية، وما يقال يزيد من تدهور مستوى الرفاهية المتدني –أصلا – في كثير من الدول، فالعائلات التي تعتني بأحد أفرادها المريض غالبا ما تستنزف الموارد المالية التي تحتاج إليها لتغطية نفقات حاجاتها الأساسية الأخرى .

ثالثا- انتشار الفقر والضعف :-

الفقر وانخفاض مستوى المعيشة، حيث يتبعه نقص في التغذية، وافتقار لشروط المسكن الصحي، وعدم وجود إمكانيات الوقاية والعلاج من الأمراض، مما يترتب عليه زيادة معدلات الوفيات بين الناس بصفة عامة، والأطفال بصفة خاصة. انتشار الجهل والأمية، وما يتبعه من عدم وعى أولياء الأمور فيما يتعلق بالشئون الصحية وطرق الوقاية من الأمراض أو أهمية العلاج المبكر. كما أن انتشار المعتقدات الخاطئة فيما يتعلق بالقضاء والقدر، والتواكل بحجة أن ما كتبه الله على الإنسان، لابد أن يراه الإنسان (المكتوب على الجبين لازم تشوفه العين) فهناك فهم خاطئ للدين، حيث تحث جميع الديانات السماوية على ضرورة المحافظة على النفس (فالمؤمن القوى خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف)، واعتقد البعض أن الأطفال الذين يموتون في سن مبكرة يقومون بخدمة والديهم، ولتشفع لهم في الآخرة، على أنهم يدخلون الجنة، مما يجعلهم يهملون في الوقاية

والعلاج للأطفال. وصف الفقر بأنه ظرف من الحياة محدود جدا بفعل سوء التغذية والأمية والمرض والبيئة المتدهورة، ومعدلات الوفيات المرتفعة، ومتوسط عمر متوقع منخفض، أي من أي تعريف معقول للكرامة البشرية وهذا بين أن الفقر ليس مجرد حالة اقتصادية(١).

وتقول المديرة التنفيذية لبرنامج الأمم المتحدة اليزابيث داود سويل(٢): أن هناك حدا من الفقر إذا عاش الفقراء دونه فإنهم يصبحون مدمرون للبيئة بشكل كبير جدا وقد يتفاقم الأمر إلى درجة أن يحتاج الفقراء إلى تدبير الموارد التي يمكنها أن تغذى الفقراء لسنوات طويلة، ومن أبلغ الصور على هذه القضية قيام الفلاح بأكل بذور الحبوب التي سيزرعها العام القادم، وأينما وجد الفقر يضحى الناس بمصالحهم البعيدة المدى من أجل حاجة البقاء على المدى القصير، لذا فإن انتشار الفقر المدقع والضعف ليس فقط نتيجة للتدهور الصحي والبيئي، بل هو أيضا إلى حد ما سبب يؤدى إلى المشكلات الصحية وتدمير البيئة، ومن الصعب أن نتصور جائعاً يستطيع أن يحمل فأساً ليفلح أرضاً أو يغرس شجرة، لأنه مشغول بأسباب البقاء .

---

(١) عدنان هزاع البياتى ، الفقر والتدهور البيئى فى الوطن العربى ، مجلة شئون عربية ، العدد ٨٦ ، القاهرة ، ١٩٩٦ ، ص ٧٠

(٢) اليزابيث داود سويل ، لابد من إيجاد الإرادة والموارد للتخلص من مشكلة الفقر المدمر للبيئة ، مجلة منبر البيئة ، المجلد السادس ، العدد الثانى ، ١٩٩٣ . ص ١٦ .

بالإضافة إلى الصراع على الدخل المنخفض فإن كثير من السكان في الدول النامية يعانون من مشكلات دائمة متمثلة في سوء التغذية وضعف الصحة، وبالنسبة لدرجة الحرمان البشرى بالنسبة للمؤشرات الصحية الأساسية نرى أن (٧٦٦) مليون نسمة في البلاد الفقيرة لا يتمتعون بالخدمات الصحية و(١١٢) مليون نسمة ليس لديهم مياه صالحة للشرب و(١.٩) بليون تقريباً (نصف الكرة الأرضية)يعيشون بدون دورات مياه و(١٥٨) مليون طفل تحت سن ٥ سنوات عندهم سوء تغذية (١)

وقد أوضح تقرير الأمين العام للأمم المتحدة كوفى عنان: أن هناك ٥٥٠ مليون نسمة يبيتون جياعاً كل ليلة، وأن ١.٥ مليار نسمة لا يحصلون على مياه الشرب النقية، أو الصرف الصحي الملائم، كما أن أكثر من ١.٥ مليار نسمة يعيشون في فقر مدقع، وطالب الحكومات أن تعمل على خفض عدد هؤلاء الفقراء بمقدار النصف بحلول عام ٢٠١٥م (٢).

كما أن سكان البلدان النامية وعددهم ٤.٤ مليار نسمة، يظل خمسهم يتضور جوعاً، في آخر النهار، ويفتقر ثلثهم إلى مياه الشرب النقية، وربعهم إلى مسكن ملائم، ولا يرتاد خمس جميع الأطفال المدارس بعد السنة الخامسة من التعليم الابتدائي. وعلى الرغم من أن الدراسات العلمية تؤكد أن العالم بوضعه الحالي ينتج من الأغذية ما يزيد بنسبة ١٠% عما يكفى لإطعام الكرة الأرضية، وأن الأرض يمكن أن تنتج أربعة

---

(١) د. فؤاد أبو ستيت ، إقتصاديات التنمية والتخطيط ،مرجع سابق ، ص ٦٣ .

(٢) جريدة العالم الإسلامى ، العدد ١٧٢٠ ، ص ٥

أضعاف المؤن الحالية، وتغذى جميع سكانها في القرن الجديد من الألفية الثالثة، شريطة أن يخصص جهد رئيسي للزراعة، فالمشكلة إذن هي سوء توزيع بين دول الشمال ودول الجنوب، ومن الممكن توفير الغذاء والتعليم والصحة لكل سكان الأرض بـ ٤٠٠ مليار دولار سنويا، بينما يخصص العالم ٦٠٠ مليار سنويا للنفقات العسكرية، كما أن الإنفاق الحربي يمتص خمس مصروفات البلاد في الدول ذات الدخل المنخفض [١].

رابعا – البطالة :

البطالة مشكلة اقتصادية، كما هي مشكلة نفسية، واجتماعية، وأمنية، وسياسية، وجيل الشباب هو جيل العمل والإنتاج، لأنه جيل القوة والطاقة والمهارة والخبرة. ويعانى عشرات الملايين من الشباب من البطالة بسبب نقص التأهيل وعدم توافر الخبرات لديهم، ولتدنى مستوى تعليمهم وإعدادهم قبل حكوماتهم أو أولياء أمورهم .

وتؤكد الإحصاءات أن هناك عشرات الملايين من العاطلين عن العمل في كل أنحاء العالم من جيل الشباب، وبالتالى يعانون من الفقر والحاجة والحرمان، وتخلف أوضاعهم الصحية، أو تأخرهم عن الزواج وإنشاء الأسرة، أو عجزهم عن تحمل مسئولية أسرهم. كما تفيد الإحصاءات العلمية أن للبطالة آثارها السيئة على الصحة النفسية كما أن لها آثارها على الصحة الجسدية، أن نسبة كبيرة من العاطلين عن العمل

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٥

يفتقدون تقدير الذات، ويشعرون بالفشل وأنهم أقل من غيرهم، كما وجد أن نسبة منهم يسيطر عليهم الملل، وأن يقظتهم العقلية والجسمية منخفضة [٢].

وأن البطالة تعيق عملية النمو النفسي بالنسبة للشباب الذين مازالوا في مرحلة النمو النفسي، كما أن القلق والكآبة وعدم الاستقرار يزداد بين العاطلين، بل ويمتد هذا التأثير النفسي على حالة الزوجات، وأن هذه الحالات النفسية تنعكس سلبياً على العلاقة بالزوجة والأبناء، وتزداد المشاكل العائلية، وعند الأشخاص الذين يفتقدون الوازع الديني، يقوم البعض منهم على شرب الخمر، بل وجد أن ٦٩% ممن يقدمون على الانتحار من العاطلين عن العمل. ونتيجة للتوتر النفسي تزداد نسبة الجريمة كالقتل والاعتداء والعدوانية بين هؤلاء العاطلين[٢]. ومن مشاكل البطالة أيضاً هي مشكلة الهجرة، وترك الأهل والأوطان التي لها آثارها ونتائجها السلبية، كما أن لها آثارها الإيجابية، والسبب الأساسي في هذه المشاكل بين العاطلين عن العمل هو الافتقار إلى المال، وعدم توفره لسد الحاجة. أن تعطيل الطاقة الجسدية تؤدى إلى عملية عكسية ترتد عليه تلك الطاقة لتهدمه نفسياً مسببة مشاكل كثيرة، وتتحول البطالة في كثير من بلدان العالم إلى مشاكل أساسية معقدة من التظاهر والعنف والانتقام [٣].

---

(٢) موقع شبكة الإنترنت بتاريخ ٢٠٠٣/١٢/٢٥

-http://www.balayh.com.matboat/osrh/٦٢/s٨٠us٢st.htm

(١) موقع شبكة الإنترنت ، البطالة فى مصر : الأبعاد والمواجهة . بتاريخ ٢٠٠٢/١٢/٢٥م

-http://www.almishkat.org/arbdoc٩٩/ar-n١٣/ar-rn١٣.htm

(٢) موقع شبكة الإنترنت بتاريخ ٢٥/ ٢٠٠٣/١٢

-http://www.rrghbrery.com/١١١.html

والبطالة سواء كانت بطالة مباشرة أو بطالة مقنعة، ويدخل تحت هذا الباب قضية تكدس العمالة مع قلة الإنتاج، وهى آفة من آفات العالم النامي، وكذلك قضية التوسع في التعليم بدون توجيه أو ربط بخطة التنمية، ذلك أن التعليم عملية حيوية في عصرنا الحالي، وليس ترفاً أو أسلوبا للمباهاة، أنه موجه إلى الارتزاق عن طريق اكتساب مهارات وقدرات يحتاج إليها المجتمع تضف إلى رفاهيته، وإلا كان التعليم جهداً وإنفاقاً بلا عائد(٤).

خامسا: التسول:

وهو ظاهرة قديمة، وتزداد انتشارا في الدول النامية التي يعاني الأفراد من قلة الدخل، وبالتالي هم أكثر عرضة للأمراض وتفشي الفوضى والجرائم في المجتمع، وتحاول الدول وخاصة في مصر جاهدة للحد من هذه الظاهرة عن طريق المؤسسات الاجتماعية وغيرها، وتؤدي زكاة المال دورا هاما في علاج المشكلة، بشرط أن تقام بحصيلتها مشروعات إنتاجية يعمل بها المتسول، لأن الإسلام يرفض التسول ويحبذ العمل [١]

سادسا: أزمة الإسكان :

أزمة الإسكان بكل ما تحمله من تداعيات على قضايا: زواج الشباب، والتكامل الأسري، والعشوائيات، والتلوث البيئي، والتزاحم السكاني، بل والانحراف والجنوح، وكلها قضايا اجتماعية خطيرة، فإذا لم تعالج بطرق مناسبة، كانت عواقبها جلب الأمراض وتفاقمها داخل المجتمع .

---

(٣) د. خيري خليل الحميلى ، السلوك الانحرافى فى إطار التخلف والتقدم ، المكتب الجامعي ، الإسكندرية، ١٩٩٨، ص ٧٧

١ -المحاسبة القومية المتخصصة ، تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية ، الدورة العشرون، القاهرة ، ١٩٩٩-٢٠٠٠م،ص

سابعا: صراع القيم:

صراع القيم بكل ما تحتويه من تناقضـــات ســـلوكية داخـــل الأســـرة وخارجها، وسيادة قيم الأنانية والعنف والحسد الاجتماعي والطبقي، كنتيجـــة لتنامي مجتمع للسفه الاسرافي، مع تنامي الفقر، وما تفرزه هذه الظواهر من أمراض نفسية من إحباط وقلق وكراهية، وشيوع ظاهرة البلطجة والاغتصاب والسرقة بالإكراه

المطلب الثاني
الإجراءات التطبيقية
في معالجة الآثار الاجتماعية في نظر الإسلام

إذا كانت الدول الحديثة قد عرفت بعض أنظمة الأمن الاجتماعي، بعد قيام الثورة الصناعية في أوروبا، إلا أن الإسلام سبق ذلك بما يربو على ألف عام، عندما جاء بكل أنظمة هذا الأمن الذي عبر عنها احد علماء الاقتصاد المحدثين بقوله أن الإسلام هو دين الضمان الاجتماعي، من حيث التزام الدولة، ودين التكافل الاجتماعي من حيث التزام الأفراد، وقد ضمن لكل فرد وجد في المجتمع الإسلامي ،أيا كانت ديانته أو جنسيته حد الكفاية لا حد الكفاف في المعيشة، حتى عجز أن يوفره لنفسه، لسبب خارج عن إرادته، كالمرض أو الشيخوخة أو العجز أو البطالة أو غير ذلك .

ومن أوضح صور الأمن التي جاء بها الإسلام لجميع الناس، أيا كان دينهم أو جنسهم، الأمن الاجتماعي المتمثل في حق الإنسان: في أن تكون لديهم العناصر التي تكفي لتوفير المعيشة المستقرة له في المجتمع، سواء كانت متعلقة بطعامه أو ملبسه أو مسكنه أو صحته وغير ذلك، ولتحقيق هذا الأمن حددت الشريعة الغراء العديد من الوسائل والتي هي من الإجراءات التطبيقية في معالجة الآثار الاجتماعية ومن أهمها :

١ – الاستراتيجية الإسلامية في التعاون مع المشكلات .

٢ – الضمان الاجتماعي .

٣ – التكافل الإجتماعي.

٤ – التأمين الإجتماعي.

أولاً :الاستراتيجية الإسلامية في التعامل مع المشكلات

لا شك أن منهج الاقتصاد الإسلامي يرتبط بمعالجة الآثار السلبية للمشكلات الصحية سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية داخل المجتمع الإسلامي وأن للمنهج الإسلامي أسس واستراتيجية إسلامية في التعامل مع المشكلات وعلى ذلك يمكن بيان أسس المنهج الآسلامي في هذا الإطار.

أهم أسس المنهج الإسلامي أو الاستراتيجية الإسلامية في التعامل مع المشكلات المجتمعة المختلفة ونوجزها فيما يلي(١):

١. يؤسس الإسلام مجتمعا قويا عقائديا وماديا يقوم على الإيمان والتوازن والتكافل والعدل. وبهذا يحول أصلا دون ظهور المشكلات . فالمجتمع الإسلامي مجتمع مخطط يتسم بانعدام العشوائية، فهو يقيم نماذج بنائية تحقق الوقاية من المشكلات أصلا، وإذا برزت بعض المشكلات بحكم الخطأ الإنساني أو الظروف والضغوط البيئية أو الخارجية، فان المجتمع الإسلامي يعالجها من خلال مناهج محددة .
٢. للإسلام أساليبه ومداخله المتميزة في فهم وتشخيص وتحليل وعلاج المشكلات، فقد أبدع المسلمون المنهج العلمي التجريبي الواقعي قبل أن يعرفه الأوربيون، ذلك المنهج الذي يقوم على طرح الأسباب المحتملة كفروض، والتأكد من صدقها من خلال الملاحظة والمقارنة ومختلف الأساليب الميدانية، وكذلك فانه يأخذ بالتفسير الإيماني المتميز الذي يتصل بوسوسة الشيطان ونقص الوازع الديني وهوى النفس والبعد عن

(١) د/ نبيل السمالوطي ، الإسلام وقضايا التنمية الشاملة ، العدد (٩٦) ، سلسلة قضايا إسلامية ، وزارة الأوقاف ، القاهرة ، ١٤٢٤ هـ - ٢٠٠٣م ، صـ١١٩ .

الالتزام بالمعايير الشرعية، ولهذا فان المواجهة الإسلامية للمشكلات تحقق التكامل بين المداخل العقدية والقيمية والأخلاقية، وبين المداخل المادية السلطوية الواقعية، وهذا ما تعجز عنه الأساليب الوضعية لافتقادها للمداخل العقدية الإيمانية وللمداخل القيمية الأخلاقية المترتبة عليها. وغالبا ما تفشل المداخل المادية السلطوية القانونية وحدها في علاج المشكلات المجتمعية .

٣. إذا كان المشتغلون بعلم اجتماع المشكلات الاجتماعي – مثل " كولمان " COLCMAN " كريسي " D.CRESSCY – يؤكدون لصراع الأيديولوجي القائم بين الباحثين والدول في مناهج مواجهة المشكلات، فهناك أنصار الاستراتيجية الليبرالية القائمة على أساس ميكانزمات التوازن التلقائي استنادا إلى أن المشكلات المجتمعية تعد مظهرا لخلل ووظيفي DYS FUNCTION وهناك أنصار استراتيجية مادية الجدلية القائمة على منهج التغيير الثوري والعنيف والجذري، استنادا إلى أن المشكلات المجتمعة تعد مظهرا للخلل البنائي STRUCTURAL SOCIAL DISIMTGRATION وتختلف مداخل العلاج والمواجهة تبعا لاختلاف الاستراتيجيات، ويشير " ايرل روبنجتون " E. RUBINGTON ومارتن وين بيرج WEINBERG إلى أن استعراض تراث علم الاجتماع يكشف عن ظهور خمسة مداخل سوسيولوجية عند دراسة المشكلات المجتمعية وهي: مدخل الأمراض الاجتماعية SOCIOPATHOLOGY، والتفكك الاجتماعي DISINTEGRATION وصراع القيم والسلوك الانحرافي والمدخل التصنيفي الثقافي والاستراتيجية الإسلامية تختلف جذريا عن هذه المداخل الوضعية، ذلك لأنها تعتمد على إعادة الصياغة البنائية

٤. والوظيفية والتنظيمية للمجتمع استنادا إلى أحكام الشريعة الإلهية المنشأ، وإلى إرسال تنظيمات تتصل بالمصالح المرسلة للناس والتي تراعي متطلبات التغيير والزمان والمكان ومتطلبات التفوق المادي في إطار المعيارية الإسلامية الثابتة .
٥. تعتمد الاستراتيجية الإسلامية في مواجهة مشكلات المجتمع على مجموعة متكاملة من المداخل – قبل أن يتنبه إليها الغربيون بأكثر من ١٣٠٠ سنة، أهمها المدخل التربوي والمدخل السلطوي، ومدخل القدوة ،و مدخل القوة أو تنفيذا حكام الله من خلال سلطة الدولة.
٦. تقوم الاستراتيجية الإسلامية على التكاملية والشمولية في مواجهة المشكلات. نظرا للتساند الوظيفي والبنائي بينهما فالفقر يرتبط بعدم أداء الزكاة، ويرتبط بالبطالة، ويرتبط بالجريمة .. الخ، والزنا يرتبط بالسفور ،يرتبط بالاختلاط، يرتبط بالعزوف عن الزواج المبكر، ويرتبط بارتفاع المهور .. الخ . ولهذا يضع الإسلام مناهج بدائية ووقائية وعلاجية تكاملية تحقيقا للتعامل الشمولي مع المشكلات.

ثانياً- الضمان الاجتماعي

وهو حق للمواطن والتزام على الدولة في تقديم المساعدة للمحتاجين من مواطني هذه الدولة بسبب المرض أو الفقر أو العجز أو الشيخوخة وغيرها، ومصدر هذا الحق وذلك الالتزام هو التبعية لنظام الدولة .و الضمان الاجتماعي حق للجميع، فيما أوردته كتب سيرة الخلفاء الراشدين – رضي الله عنهم أجمعين – أن عجوزا يهوديا ضريرا كان يسير في طرقات المدينة المنورة يسأل الناس، فقابله أمير المؤمنين عمر بن الخطاب –رضي الله عنه – فقال له: ما حملك على هذا ؟ قال الحاجة والجزية، فأرسله إلى بيت مال المسلمين، وقرر

له راتبا مستمرا منه، وطلب من عماله أن يضعوا عنه وعن أمثالـــه الجزية، وقال كلمته العادلة " ما كنا لنأكل شبابه ونضيعه في شيخوخته " وهذا هو التطبيق العملي لمبدأ الضمان الاجتماعي الذي وضعه الإسلام والذي نشر مظلته العادلة على كل رعايا الدولة الإسلامية، أيا كان دينهم أو جنســـهم إن حل مشكلة الفقراء والمعوزين والقضاء على شبح الخوف من عواقب ارتفاع نسبة سكان الأرض يمكن في تطبيق قواعد الضمان الاجتماعي على أوســـع نطاق يشمل تعميم التأمينات الاجتماعية، وتحقيق اصل التكافل الاجتمـــاعي، ولا شك أن سياسة جمع الثروة وتوزيعها في الإسلام كفيلـــة بتحقيـــق هـــذه الأهداف ولعل من أهم ما جاء به الإسلام في المجال الاجتماعي منذ أكثر من أربعة عشر قرنا، أصل المبدأ " الضمان الاجتماعي " بمعنى ضمان الحد اللائق لمعيشة كل فرد مما عبر عنه رجال الفقه الإسلامي القدامى بمصـــطلح " حـــد الكفاف " الذي هو الحد الأدنى للمعيشة . ويؤدي هذا انه يتعين أن يتوافر لكل فرد في أي مجتمع يوصف بأنه إسلامي، المستوى اللائق للمعيشـــة والـــذي يختلف باختلاف الزمان والمكان كما يختلف باختلاف الأشخاص، وهـــو مـــا يوفره كل شخص لنفسه وجهده وعمله، فإذا عجز عن ذلـــك لســـبب خـــارج إرادته كمرض أو شيخوخة، فان نفقته تكون واجبة في بيت مال المســـلمين أي خزانة الدولة ، أيا كانت ديانته أو جنسيته، طالما وجد في مجتمع إسلامي قاعدته " ألا يضار أو يضيع احد [١] والضمان الاجتماعي واجب على الدولـــة والأفراد على السواء، طالما كان هناك محتاج في المجتمع المسلم، وهناك

---

١ – د. محمد شوقي الفنجري ، المقومات الأساسية للمجتمع الإسلامي ٠ نفس المرجع السابق ، ص٥٣٦

صورة بشعة للمجتمع الذي يتقاعس عن القيام بهذا الحق، وهي التي أشار إليها الرسول الكريم ﷺ بقوله " أيما أهل عرصة ،أصبح فيهم امرؤ جائع فقد برئت منهم ذمة الله ورسوله "[1] . وهذا الجزاء عظيم، لأن الجزاء الذي وقع على هذا الإنسان أعظم، هو جزاء لا ينجو منه الأفراد إذا كانوا متفرقين، أو كانوا في جماعة لها نظام معين كالعشيرة أو القبيلة آو الدولة، ومن ثم وجب على هؤلاء جميعا مضاعفة الجهد في القيام بهذا الحق، حتى لا يقعوا تحت طائلة ذلك الجزاء في الدنيا والآخرة ومن صور الضمان الاجتماعي في عهد عمر رضي الله عنه ، فكان رضي الله عنه من أول من دون الدواوين وعم العطاء ابتدءا من ستة عشر للهجرة، إنما زادت أموال بيت المال وتضخمت الإيرادات فقام بإحصاء شامل لجميع المسلمين، ثم قام بترتيبهم حسب منازلهم، فبدأ بأقارب الرسول ﷺ وأهل بيته، ثم سائر بني هاشم ثم اقرب المسلمين إليه، فإذا تساووا في درجة القرابة قدم عليهم أهل السابقة من المهاجرين ثم بيوتات الأنصار، وسار رضي الله عنه بهذه السيرة في جميع أصقاع الدولة الإسلامية، إذ أمر عماله بتقسيم المال في أهل كل إقليم ومصر وبذلك شمل الإسلام جميع أفراد المجتمع بالعطاء، وفر الإسلام الأرضية الصلبة للأمن والاستقرار الاجتماعي ،لأن التكافل العام يكفل الحد الأدنى من المعيشة للمواطن، أينما يضمن بيت المال مستوى أعلى وارفع أو يكفل سد الحاجات وإشباع الرغبات بصفة اكبر وبين واجبات الدولة وتحقيق هذه الأهداف كلها فان عليها أن تضع المشاريع الكفيلة لإنجاز هذه الأمور، وأول

٢- رواه الحاكم في المستدرك ، والإمام أحمد في مسنده

ذلك حمل أفراد المجتمع وإلزامهم بامتثال مأمورات الشريعة واجتناب منهياتها، فما لم يطبق المسلمون أحكام الإسلام على أنفسهم فان شـيئا مـن تلك الأهداف لن يتحقق[1].

ثالثا – التكافل الاجتماعي :

وهو قيام الأفراد بتقديم العون المادي أو المعنوي بعضهم لبعضفي أي مكان أو زمان، أو لأي سبب والأساس في ذلك قوله تعالى: ﴿...وَتَعَاوَنُواْ عَلَى ٱلْبِرِّ وَٱلتَّقْوَىٰ ۖ وَلَا تَعَاوَنُواْ عَلَى ٱلْإِثْمِ وَٱلْعُدْوَٰنِ ۚ وَٱتَّقُواْ ٱللَّهَ ۖ إِنَّ ٱللَّهَ شَدِيدُ ٱلْعِقَابِ ﴿٢﴾﴾ [سورة المائدة:٢] إن هذا التكافل الاجتماعي يعد مقياسا حقيقيا لمعرفـة درجـة نقاء معدن الإنسان، فما الأسهل أن يأخذ المسلم حفنة من ماء، فيتوضأ بها ثم يصلي ما شاء من أنواع الصلوات، فرائض، أو سنن، أو نوافل، ولكن المحك الحقيقي له، عندما يطلب منه أن يضع يده في جيبه ليخرج ولو القدر اليسير من المال، ليقدمه لمن يستحق من خلق الله، ولذلك قال أمير المؤمنين عمـر بن الخطاب رضي الله عنه " لا تنظروا للرجل (لمعرفة معدنه) عند صـلاته ولكـن أنظروه عند درهمه وديناره "[2] .

ذلك أن الإسلام ينظر إلى المجتمع على انه كيان في متواصل ومتراحم، فالأسرة ترتبط بالمودة الواصلة، والمجتمع الصغير يتعاون فيما بينه على الخير، والأخذ بيد الضعيف، وتنمية المستغلات المملوكة للآحاد أو الجماعة على أكمل وجه، والأمة يتضافر احدها على الخير فيما بينها، وعلى التعاون فيما ينفعها، والإنسانية كلها تتعاون على رفعها، القوي ينصر الضعيف

١- د. إبراهيم صالح الحسيني ، الوظيفة الاجتماعية في الإسلام ، مرجع سابق ، ص٦٢٤

١ - حسن حسن منصور ، الأمن الاجتماعي في الإسلام ، مرجع سابق ، ص٩٥

والعالم يعلم الجاهل، ولقد صرح القرآن الكريم بأن الناس امة واحدة وأن اختلاف الألوان والأجناس واللغات لا يقتضي التفاوت في معنى الإنسانية وحقوقها على الجميع سواء[1] إن بذل المال لمن يستحقه، هو من شعب الإيمان المتعددة، ومن تقاعس عن ذلك كان على شعبة من النفاق، بل هو يعد مكذبا برسالة الإسلام، يقول الحق تعالى: ﴿أَرَءَيْتَ ٱلَّذِى يُكَذِّبُ بِٱلدِّينِ ﴿١﴾ فَذَٰلِكَ ٱلَّذِى يَدُعُّ ٱلْيَتِيمَ ﴿٢﴾ وَلَا يَحُضُّ عَلَىٰ طَعَامِ ٱلْمِسْكِينِ ﴿٣﴾﴾ [سورة الماعون١ :٣] .

وقد أشار الرسول الكريم ﷺ إلى إحدى الصور التي يكتمل فيها إيمان الإنسان، بقوله الشريف " ليس بمؤمن، من بات شبعانا وجاره جائع إلى جنبه، وهو يعلم [2] ومن رحمة الله ورسوله بنا أن جعلا عدم اكتمال الإيمان في هذه الحالة، مرتبطا بعلم الجار بجوعة جاره، أو عدم علمه، وإلا كانت العاقبة سيئة على الجميع .

وهناك صورة أو نموذج رائع لقوم تمتعوا بالتكافل الاجتماعي في أفضل صوره، فكانوا أهلا للدرجات العليا من الإيمان، إنهم الأشعريون قبيلة الصحابي الجليل أبي موسى الأشعري – رضي الله عنه – الذين قال فيهم أشرف المرسلين ﷺ عن "موسى" ابن الاشعريين " إذا أرملوا (نفد زادهم) في الغزو، أو قل طعام عيالهم بالمدينة، جعلوا ما كان عندهم في ثوب واحد، ثم اقتسموه بينهم في إناء واحد بالسوية، فهم مني وأنا منهم [3] " فهؤلاء القوم الكرام كانوا يتكافلون في أوقات الحرب والسلم، وكان كل واحد منهم يتفقد

---

٢ - الإمام محمد أبو زهرة ، تنظيم الإسلام للمجتمع ، دار الفكر العربي ،القاهرة ، بدون تاريخ ، ص١٤٠
٣ - أخرجه البخاري في الأدب المفرد ، جـ١ \ صـ٥٢ \ حـ١١٢ .
١ - الإمام النووي ، رياض الصالحين ، رقم (٥٦٨) ، دار الكتب العلمية مرجع سابق صـ٢٣٢ .

أحوال غيره من بني قومه، فإذا تبين أن هناك من هو في حالة عــوز مادي، اخبر عنه الآخرين، فيقدم الجميع كل ما لديهم، ويتقاسمونه بالتساوي فيما بينهم، حتى لا يتميز أي واحد منهم على الآخر، وبذلك يتحقق لكل منهم الأمن الاجتماعي في حياته . وهكذا نجد التكافل الاجتمــاعي فــي الأســرة الواحدة مثل رائع فيما بينهم من التراحم والمودة، وأن القوي يعين الضعيف، وأن الغني يطعم الفقير، وأن ذلك يقتضي أن يمد الإنسان يد العون لكل إنسان يحتاج إلى العون وذلك من خلا طرق أربع [1] :

١ –نفقات الأقارب

٢ –الزكاة

٣ –التعاون في المجتمعات الصغيرة

٤ –و الصدقات غير الواجبة قانونيا وكما هو ثابت في موضعه فــي كتب الفقه ما أروع أن يحتذي أبناء امة الإســلام هــذا النمــوذج الرائع، الذي يعد تجسيدا حيا للمثل الذي ضربه الرســول الكــريم ﷺ لهذه الأمة بقوله الشريف " مثــل المــؤمنين فــي تــوادهم وتراحمهم، كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى لــه سائر الجسد بالسهر والحمى"[2] وبذلك يستحقون ما وصــف بــه الرسول الكريم الأشعريين " فهم مني وأنا منهم

---

٢ – د. محمد أبو زهرة ، التكافل الاجتماعي في الإسلام ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، ١٩٩١ ، ص ٨١، ص١١٠

١ - أخرجه مسلم في صحيحه ، جـ٤ ، ١٩٩٩م

رابعاً- التأمين الاجتماعي :

وهو أن تقوم الدولة بوضع نظام معين لجمع اشتراكات من القادرين من أبناء المجتمع، وتدعمها إذا لزم الأمر من بيت المـــال، ومـــنحهم بعـــض المزايا، في بعض الأوقات أو عند وقوع بعض الأحداث وغيـــر ذلـــك، وهـــذا النظام مبعثه المصلحة التي تسعى الدولة لتحقيقها لأفرادها، وأفضل نظام حاء به الإسلام لتحقيق هذه الوسيلة من الأمن الاجتماعي، هو الزكاة، سواء كانت مفروضة كأحد أركان هذا الدين، أم كانت صورة من صور التطوع .

و إذا كان الحديث عن الجانب الاجتماعي للزكاة يطول كثيرا، عن باب مالا يدرك كله لا يترك كله، نشير إلى مسألة هامة في أداء الزكاة، وهي غفلة كثير من المسلمين عن تحري الدقة في التعامل مع الزكاة الركن الثالث مـــن الأركان الخمسة التي بني عليه دينهم ولا سيما بالشـــخص المســـتحق بهـــا، خاصة في أيامنا المعاصرة [1] ومن عجب أن يعطونا كل عناياتهم للركن الثاني وهو الصلاة، رغم اقترانهما في الأمر تبشر معها، في كثير من آيات الكتـــاب العزيز والأحاديث النبوية المطهرة، كما في قوله تعـــالى : ﴿وَأَقِيمُواْ ٱلصَّلَوٰةَ وَءَاتُواْ ٱلزَّكَوٰةَ ...﴾ [سورة البقرة:٤٣].

و بسبب هذه التفرقة شن الخليفة الأول أبو بكر الصديق – رضي الله عنه – الحرب على مانعي الزكاة، وقال لمن عارض هذه الحرب: (والله لأقاتلن مـــن فرق بين الصلاة والزكاة) ورغم انه لم يقف دور مؤسسة الزكاة منذ نشأتها، على مجرد سد حاجة الفقير العاجز، بل إعطاء فرصة العمل للقادر عليه،

---

٢ - حسن حسن منصور ، الأمن الاجتماعي في الإسلام ، مرجع سابق ص٩٦

فكثير ما أعطى الفقير ما يمكن أن نسميه برأس مـــال ليبـــدأ تجـــارة ينميها أو ليشتري آلات لصناعة يعرفها، كذلك لعبت مؤسسة الزكاة في العهد الإسلامي الأول دورها في تخفيف الأعباء العائلية، من ذلك ما قـــرره ســـيدنا عمر بن الخطاب – رضي الله عنه – بإعطاء كل مولود مائة درهم ويزيد العطاء كلما نما الولد[1].

فعلى صاحب المال الذي تجب فيه الزكاة، أن يتحرى بدقـــة صـــاحب المصرف الشرعي المستحق لها، حتى يضعها في يده، بما يضمن له أداء هذا الركن الأصيل للإسلام، وهنا يجدر الإشارة إلى ما ذكره فقهاء الحنابلة، من أن الفقراء والمساكين المستحقين للزكاة ينقسمون إلى ثلاثة أنواع هي[2]

١ – شخص يستطيع أن يعمل ويكسب ويغني نفسه، والصانع والتاجر والزارع وغيرهم، ولكن ليست لديه أدوات الصناعة، أو رأس مـــال التجـــارة، أو ارض الزراعة، فيأخذ من مال الزكاة ما يمكن لشـــراء هـــذه الأدوات، أو بداية رأس المال، أو قيمة إيجار الأرض الزراعية، ليتمكن مـــن مزاولـــة النشاط الذي يكتسب منه ما يكفيه طوال حياته، دون حاجة إلى اخذ الزكاة مرة أخرى .

٢ – شخص يستطيع أن يعمل ويكفي نفسه، ولكنه قنـــوع لتحصـــيل العلـــم، وتعليمه للغير، ولا يمكن الجمع بين الكسب وطلب العلم، فإنه يأخذ من مال الزكاة ما يعينه على القيام بمهام العلم، لأن عمله هذا مـــن قبيـــل فـــرض الكفاية، الذي يعم نفعه سائر المسلمين ولكن على العكس المتفرغ للعبادة لا يأخذ من مال الزكاة، لأن نفع العبادة يعود عليه وحده .

١- د. محمد شوقي الفنجري ، المقومات الأساسية للمجتمع الإسلامي ، مرجع سابق ص٥٣٧
٢- - حسن حسن منصور ، الأمن الاجتماعي في الإسلام ، مرجع سابق ،ص٩٧

٣- شخص عاجز عن الكسب، كالمريض المقعد، والشيخ الهـرم، والطفـل اليتيم وغيرهم، فيأخذون من مال الزكاة ما يكفي حاجاتهم الأصلية، حتى يزول عنهم سبب عدم القدرة على الكسب وعلى ذلك يكون تطبيق النظام الاجتماعي في الإسلام قد م معالجة لجميع الآثار المسببة للمشكلات الصحية فقد عالج كل ما نزل بأفراد المجتمع من أضرار من حيث الأمراض وما ترتب عليها من ضعف وأمية وحرمان وفقر وبطالة وأزمة وصراع القيم ليسود التراحم والوئام والتعاون والرخاء والتضحية والجهاد فإن الإنسان أيا كان دينه أو جنسه يتمتع في ظل الإسلام بالحياة الآمنة في معاشه، في يومه وغده، وفي كل أمواله من اليسر والعسر، والقوة والضعف، والصحة والمرض، وما ذلك إلا لأنه من أوجه العظمة في هذا الدين، إنه لم يجعل الفقير عالة على الغني ولا المريض عالة على غيره فيحول إسقاطه من حسابه، ولا جعله سببا لتحقيق سعادته، إن لم يكن في الدنيا ، فيكون في دار البقاء في الآخرة، وهذا يدفع الغني للبحث عن الفقير والمريض ليقدم له يد العون المادي والمعنوي، وإذا لقيه يبش في وجهه، ولسانه يردد ما كان يقوله بعض سلفنا الصالح: مرحبا بمن يحمل زادي إلى الآخرة، وهذه غاية عظمى تستحق أن يتنافس فيها المتنافسون، ويكون هذا علاجا لجميع الأطراف الاجتماعية داخل المجتمع الإسلامي .

المبحث الثاني

الآثار الاقتصادية للمشكلات الصحية وعلاجها

إن ارتفاع معدل الأمراض في العالم يمثل حرب استنزاف مستمر ضد الاقتصاد الدولي، حيث لا تتوقف اثر المرض عند من أصابه ، بل تتعدى ذلك وتصيب الاقتصاد القومي فتدمره ؛ لتوجيه المزيد من الموارد لقطاع الصحة على حساب قطاعات أخرى أهم كالتعليم والتنمية فضلا عن انخفاض حجم القوى العاملة وساعة العمل بسبب تزايد حالات الوفاة وسف يتناول الباحث هذا المبحث من خلال:

المطلب الأول: الآثار الاقتصادية للمشكلات الصحية.

المطلب الثاني: الإجراءات التطبيقية لمعالجة الآثار الاقتصادية في الاقتصاد الإسلامي.

المطلب الأول
الآثار الاقتصادية للمشكلات الصحية

ظهر الإسلام منذ أربعة عشر قرنا، وطبق المسلمون مبادئه المستمدة من كتاب الله وسنه رسوله، فكان مجتمعاً مثالياً، وأصبحت الأمة الإسلامية أمة فاضلة لم يعرف لها التاريخ مثيلا، وكان الاقتصاد الاسلامي هو الدواء الناجح لكل أمراض المجتمع لأنه يتواءم مع فطرة الإنسان، ولذلك أحرزت الأمة الإسلامية من النجاح مالم يتحقق لأنة غيرها، ولما أغفل المسلمون تطبيق الاقتصاد الإسلامي في حياتنا المعاصرة كثرت الأمراض والأوجاع وظهرت أثاراها في المجتمع الإسلامي .

وسوف يتناول الباحث في هذا المطلب الآثار الاقتصادية الحقيقية للمرض أهمها:

١ – إنخفاض مستوى المعيشة .

٢ – ارتفاع التكلفة المادية لمكافحة المرض

٣ – انخفاض انتاجية الموارد البشرية

٤ – ضعف الأداء الإداري

٥ – ركود النشاط الاقتصادي

أولا: انخفاض مستوى المعيشة :

يتسبب المرض في الكثير من المشكلات الاقتصادية، وخاصة إذا كان المريض هو رب الأسرة أو عائلها الوحيد وليس له أي دخل او مورد رزق آخر، وخاصة إذا تسبب دخوله المستشفى أو بقاؤه بالمنزل دون الذهاب إلى

العمل وبالتالي انقطاع هذا الدخل، فان الأسرة تواجه موقفا قد تضطر في إلى الاستدانة أو بيع الممتلكات او خروج الأبناء من المدرسة أو خروج الزوجة إلى العمل، وقد يضطر المريض الى مغادرة المستشفى قبل الانتهاء من العلاج حتى يعود إلى العمل ويعول أسرته، فتسوء حالته الصحية نتيجة للإرهاق ونقص العلاج [1] .

بالإضافة إلى أن بعض الأمراض تحتاج إلى عمليات جراحية أو عقاقير طبية أو أدوية باهظة الثمن، فان ذلك يؤثر في ميزانية الأسرة خاصة إن لم تدخر الأسرة وتخطط لمثل هذه المواقف والظروف . والإصابة بالمرض لا تعني فقدان الدخل خلال فترة المرض فحسب، بل تحمل نفقات إضافية للإنفاق على العلاج ومن ثم فان المستوى الاقتصادي للفرد يصاب بخطرين في وقت واحد وبالتالي فان انخفاض مستوى المعيشة قد يكون سببا في عدم تنفيذ خطة العلاج الذي يصفها الطبيب ؛ كأن يصف نظاما معينا للتنفيذ ويصعب على المريض تنفيذه لارتفاع تكاليفه فتسوء حالته الصحية، أو أن تحتاج الحالة المرضية إلى فترة طويلة من الراحة أو البقاء في الفراش ؛ ولكن حاجة المريض الاقتصادية تضطره إلى عدم تنفيذ تعليمات الطبيب فينتكس المريض، أو ينصح الطبيب بنقص وتقليل ساعات العمل وهذا يعني نقص في دخل المريض، ولا يستطيع المعيشة بهذا الدخل المنخفض، أو يشير الطبيب إلى تغيير نوع العمل حتى يلائم الحالة الصحية للمريض، أو تغيير المسكن

---

(١) د. أميرة منصور يوسف علي ، المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية ، والمكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية ، ١٩٩٩ ، ص٩٨

حيث انه لا يتناسب والحالة الصحية للمريض، ولكن عدم توفر فرص العمل، وضغط الحالة الاقتصادية لا تساعد المريض علـــى إحـــداث التغييـــر المطلوب [١] . ولا شك أن حالات الوفاة والعجز البدني التي يسببها المـــرض تؤدي إلى فقد في القوى العاملة أيام العمل، الأمر الـــذي يضـــر بالاقتصـــاد، وانخفاض مستوى المعيشة، ويزداد هذا الضرر كلمـــا ازدادت أيـــام العمـــل المفقودة، وكلما ازدادت حالات الوفاة ضمن القوى العاملة اقتصاديا

ثانيا: ارتفاع التكلفة المادية لمكافحة الأمراض :

ومن الآثار المترتبة على المشكلات الصحية ، ارتفاع التكلفة الماديـــة لمكافحة المرض في الدول المتقدمة والنامية وذلك نظرا لمشاكل تزايد الطلب، ومن ثم الضغط على الموارد المتاحة لتقديم الخدمات الصحية .

وفي هذا الصدد صنفت منظمة الصحة العلمية ضحايا مرض الإيدز من ضحايا ستة أمراض معدية أخرى عام ١٩٩٨ فجاء مرض الإيدز في المرتبة الثانية بعد أمراض الجهاز التنفسي الحادة، ويتأثر الاقتصاد بشدة من جـــراء فقد فئات معينة تؤدي دورا هاما فيه، فقد أغلقت جمهورية إفريقيا الوســـطى عشرة مدارس خلال الفترة من ١٩٩٦–١٩٩٨ م بسبب وفـــاة المدرســـين الناجمة عن مرض الإيدز، ولنا أن نتخيل حجم الضرر الذي يحدثه هذا المرض على مستوى التربية بشكل عام، وعلى مستوى التعليم بشكل خـــاص، وفـــي زامبيا يحصد المرض مابين ٤ الى٥ أشخاص يوميا وهو ما يعـــادل حـــوالي ٤% من مجمل حالات الوفاة في البلد [٢] .

(٢) الشـارقة ، مجلـة دوريـة ، الفكـر الشـرطي ، المجلـد الثـاني ، العـدد الرابـع ، الإمـارات ، ١٤١٤هجريـة-١٩٩٤ميلادية ، ص٢٥٠

١- موقع شبكة الإنترنت " الإيدز محرقة للأموال والعمال" بتاريخ ٢٠٠٣/١٢/٣٠
http://www.online .net/iol-arabic/dowalia\nomaa\-٣٨/nomaa-٢.asp

كما يتراوح ثمن الدواء الذي يتعاطاه مريض الإيدز من ١٠ إلى ٢٠ ألف دولار سنويا، وتصل هذه التكلفة إلى ١٥٥ ألف دولار سنويا في مراحل متقدمة من المرض، وتفرض هذه التكاليف أعباء إضافية مرهقة على ميزانية الدولة، وتعجز الدول في كثير من الأحيان عن الوفاء بها، حتى في الدول المتقدمة التي بها أنظمة تأمين صحي متطورة، فإن هذه الأنظمة قد لا تغطي كل التكاليف بالكامل، وعلى سبيل المثال خلال النصف الأول من ١٩٩٦ م في واشنطن وجدها تضاعف عدد المرضى المنتمين إلى برنامج المساعدة الدوائية لمرض الإيدز، كما ازدادت تكاليف البرنامج إلى ثلاثة أضعاف مما أدى إلى قيام عدد من الولايات المتحدة الأمريكية بفرض قيود على الانضمام إلى هذه البرامج مثل [1] :

- تخفيض مستوى سقف الدخل الذي يسمح للمصاب بالانضمام للبرنامج
- إنشاء قوائم انتظار للراغبين
- صرف بعض الأدوية بمقابل

وإذا أسلمنا لمحدودية الموارد المالية للدولة، فان ازدياد نفقات قطاع الصحة بسبب المرض سيكون على حساب تخفيض النفقات على قطاعات أخرى كالتعليم مثلا، كما أن ارتفاع نفقات الرعاية الطبية للإيدز في قطاع الصحة نفسه سيكون على حساب مستوى الرعاية الطبية لبنود أخرى في قطاع الصحة كالأطفال او المعاقين عل سبيل المثال.

١- نفس المرجع السابق

وفي دراسة أجراها البنك الدولي عام ١٩٩٧تبين أن تكلفة الرعاية الطبية لمريض الإيدز خلال عام واحد تساوي ٢٠٧ مرة من نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي، كما أن تكلفة الرعاية الطبية لمريض الإيدز خلال عام واحد تفوق تكلفة عشرة تلاميذ في المرحلة الابتدائية، وبفارق كبير في العديد من الدول مثل اليونان، كينيا ،البرازيل، زائير، تنزانيا، كوستاريكا، وفي أفضل الأحوال فإن التكلفتين تتساوى تقريبا مع دول متقدمة مثل اليابان – الولايات المتحدة الأمريكية، ولنا أن نتصور كيف ستكون هذه الإحصائيات إذا ما علمنا أنها أجريت قبل ظهور بعض العقاقير الجديدة –الباهظة الثمن– المضادة للفيروس [١] .

و قد أشارت التقديرات الرسمية لوزارة الصحة إلى أن حوالي ١٤ مليون نسمة في مصر مصابين بمرض البلهارسيا، وأن الإصابة تنتشر بين فئات السن الصغيرة، وتظهر هذه الأعراض ومضاعفاتها عادة في فئة الأعمار بين ٣٠ – ٥٥سنة وهي أهم سنوات الإنتاج للعامل الزراعي، وحددت هذه الدراسات أيضا أن نسبة مساهمة عنصر العمل للإنتاج الزراعي ب٢٥% ،و قدرت متوسط نسبة المصابين بالبلهارسيا في القطاع الزراعي ٥٠%، ومتوسط ما يفقده العامل الزراعي من المقدرة الإنتاجية نتيجة الإصابة ب٢٥% من القوة الإنتاجية، وحددت الفقر الاقتصادي نتيجة البلهارسيا وجدها على أساس المعدلات الآتية: ٢٥% نسبة مشاركة العمل في الإنتاج الزراعي، ومتوسط الإصابة بإصابة البلهارسيا في القطاع الزراعي ٢٦.٥%[٢]

---

١ -نفس المرجع السابق .
٢- د.محمد صالح الشيخ ، الآثار الاقتصادية والمالية لتلوث البيئة ووسائل الحماية منها ، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية ،الإسكندرية ، ٢٠٠٠م ، ص٢٥٧

وعلى ذلك يمكن حساب الفاقد الاقتصادي في الإنتاج الزراعي نتيجة البلهارسيا على أساس :

الفاقد الاقتصادي في الإنتاج الزراعي = نسبة مساهمة العمل في الزراعة × متوسط الإصابة × معامل الفقد البشرى = ٢٥% ×٢٦.٥% × ٢٥% =١٦.٥٦%.

و هذا يبين مدى الخسارة الاقتصادية لمرض البلهارسيا على إنتاجية العامل الزراعي باعتباره من أكثر شرائح المجتمع تعرضا لأضرار هذا المرض، ومن ثم يؤثر على الإنتاج الزراعي القومي للبلاد .

يؤثر المرض أيضا على الطاقة الاستيعابية للمستشفيات، والأطقم الطبية، حيث يعاني الأطباء والممرضون في نصف الدول الإفريقية المصابة من ضغط ساحق من مرض الإيدز، وعلى سبيل المثال: يمثل مرض الإيدز في زيمبابوي وحدها حوالي نصف عدد الأسرة المتاحة في المستشفيات بالدولة ككل.

وأن ارتفاع معدل حوادث الطرق: يصل٢.٥% من جميع الوفيات بالولايات المتحدة الأمريكية، ترجع لحوادث الطرق وهذا ما يوضح الأهمية الاقتصادية لتلك الحوادث، ومع دراسة توزيعات العمر للضحايا، يتضح انه تميل للارتفاع في حالة صغار السن، وهو ما يعني قصر العمر الإنتاجي للفرد ومن ثم فاقد اقتصادي اكبر، فحوادث الطرق من الأسباب الأولى للوفاة للأشخاص من سن ١٥ حتى حوالي ٣٥ سنة، ومن الواضح أن الآثار الاقتصادية للحوادث في هذا الصدد، لا تقتصر على الوفيات ولكن كذلك على تكلفة الحوادث التي تؤدي إلى عجز كلي أو جزئي للمصابين وهو ما ينعكس

أثره ليس فقط على فقد إنتاجية هؤلاء أثناء فترة علاجهم بل تكلفة هذا العلاج بالإضافة إلى ما يحدث من الفقد الكامل لإنتاجية المصابين بالعجز الكلي، هذا بالإضافة للآثار الاجتماعية والنفسية على المحيطين المتأثرين بالمصاب وهو ما يؤثر بالتالي على إنتاجيتهم وكفائة أدائهم [1]

ومع تزايد عدد السيارات عالميا، أدى إلى سهولة الحركة والتنقل، بالإضافة إلى توفير الوقت، إلا انه قد أدى أيضا إلى الآثار السيئة على صحة الإنسان والبيئة، فقد أكدت الدراسات العلاقة الوثيقة بين التلوث الصادر من عوادم السيارات وأمراض القلب والتنفس بالإضافة إلى تسبب السيارات فيم يعرف بالتلوث السمعي، وتأثير عوادم السيارات على البيئة معروف لدى معظم الناس، إلا أن عوادم السيارات تعتبر من أهم مسببات ظاهرة ارتفاع درجة حرارة سطح الأرض، او ما يعرف "بالاحتباس الحراري "، كما أن كثرة استخدام السيارات قد أدى إلى قلة الحركة الجسمانية، مما يؤدى بدوره إلى الكثير من الأمراض [2]

وتتأثر ارتفاع التكلفة المادية لمكافحة الأمراض بعدة عوامل منها :

١ – أدى التقدم الطبى: مثل زرع الأعضاء، والعلاج بالجينات إلى ظهور علاجات جديدة مما خلق حاجات جديدة لمزيد من الإنفاق الصحي وتوقعات أكبر، كما ترتب على انتشار تكنولوجيا التشخيص والعلاج عن بعد، خلق حاجات جديدة لمزيد من الإنفاق على الخدمات الصحية وتوقعات أكبر، كذلك إضافة إلى تزايد تكاليف الاتصالات في مجال

١- الشارقة ، مجلة دورية ، مرجع سابق

١-موقع شبكة الانترنت " العالم يقول ؛ وداعا للسيارات " بتاريخ ٢٠٠٤/١/١م
http://www.islamonline/arabic\ sience١٢٠...\artical١٦.shtm

الخدمات الصحية من خلال الأقمار الصناعية .

٢- يترتب على تحسين مستويات المعيشة تزايد توقع الحياة، ومن ثم تزايد الحاجة إلى المزيد من الموارد المطلوبة للعلاج الطبى واستمرار رعاية المسنين .

٣- يؤدى عدم توافر المعلومات عن الخدمات الصحية لمستهلكى تلك الخدمات إلى زيادة الإنفاق على الخدمات الصحية، بينما يترتب على توافر نظام معلومات جيد عن الخدمات الصحية إلى اختصار خطوات ومراحل العلاج وتكاليفه .

٤- أدى انتشار التعليم في الدول النامية وتزايد الاهتمام ببرامج الإعلام الصحي إلى تزايد الطلب على الخدمات الصحية، ومن ثم التوسع في مخصصات الخدمات الصحية وبرامج الإنفاق العام في الموازنة العامة للدولة .

٥- أدى التقدم الصناعى المتسارع في الدول المتقدمة، وسعى الدول النامية إلى إحداث تنمية صناعية إلى تزايد مشاكل التلوث البيئى، وما يتبعه من تدهور الحالة الصحية العامة للسكان، ويترتب على ذلك زيادة مخصصات الإنفاق العام على برامج الخدمات الصحية الوقائية والرقابة الصحية للبيئة

ترتب على تزايد الاهتمام بالاستثمار في الموارد البشرية منذ بداية ثمانينات القرن العشرين تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية والتعليمية حيث تشكل الصحة والتعليم أهم أشكال رأس المال البشرى (Human capital). وفى الأصل يرتبط مفهوم رأس المال البشرى ارتباطاً

بالمهارات المكتسبة من خلال التعليم الرسمى، وكذلك خبرات العمل، ويمثل ذلك المفهوم الضيق لرأس المال البشرى، وقد اتسع هـذا المفهـوم فـي السنوات الأخيرة ليشمل الاستثمار في الصحة والتغذية ويمثل ذلك المفهوم الواسع لرأس المال البشرى[١]

تفرض زيادة عدد السكان على الحكومات ضرورة تخصيص موارد متزايدة لقطاع الصحة، سواء تم توجيه تلـك المخصصـات إلـى بـرامج الخدمات الصحية، أو إلى برامج بديعة تهدف إلى تحسين الصحة، ولعل هذا العامل يكون أكثر وضوحاً في الدول النامية، إذ أن معظم هذه الدول وبرغم ما تنفذه من برامج تنظيم الأسرة بأنها مازالت تعانى مـن معـدلات نمـو سكاني مرتفعة[٢].

وأدى ظهور التقنيات الطبية الحديثة إلى تسابق الحكومات لاقتنائها بحجة مسايرة العصر، دون مراعاة لأعبائها المالية، أو فرص واحتمـالات الاستفادة منها ومن ثم أصبح الجانب الأكبر من المكون الرأسمالى للإنفاق العام على الخدمات الصحية، يستخدم فـي إنشـاء وتجهيـز مستشـفيات تخصصية على درجة عالية من التكنولوجيا باهظة التكاليف، بالإضافة إلـى توجهات بعض المستشفيات الحكومية لاقتناء أجهزة طبية على درجة عالية من التكنولوجيا قد لا تستخدم على الإطلاق، وحتى لو اسـتخدمت سـيكون بأقل من طاقة تشغيلها المثلى كثيرا.

---

(١) أنظر المرجع السابق ، ص١٥

(٢) أنظر المرجع السابق ، ص١٩ .

ثالثا – انخفاض إنتاجية الموارد البشرية :

خلصت مجموعة من الدراسات التي تناولت تأثير المرض على معدل العمار ومعدل الوفاة، إلى أن المرض سوف يرفع من معدلات الوفاة في مجموعة من الدول النامية وسوف يستمر في ذلك خلال العشر سنوات القادمة، وقد قدرت الأمم المتحدة أن سكان الدول الأكثر إصابة بالمرض سوف يتناقص بمقدار ١٣ مليون نسمة عام ٢٠٠٥، وبمقدار ٣٠ مليون نسمة عام ٢٠٢٥ م، كما أن معدلات الأعمار في هذه الدول سوف يتناقص بمقدار٢٧%، وفي نفس الوقت يقدر مكتب الإحصاء السكاني الأمريكي مقدار النقص في عدد سكان هذه الدول بحوالي أربعة أضعاف تقديرات الأمم المتحدة تقريبا أي (٥٩) مليون نسمة في ٢٠٠٥م، ١٢٠مليون نسمة في ٢٠٢٥م، ويرجع الخبراء الاختلاف في التقديرات إلى اختلاف الطرق الإحصائية المستخدمة في التقدير، ولكن وبشكل عام فإن كلا التقديرين يعكس الآثار السلبية للمرض على الموارد البشرية[١]

يترتب على تدهور الحالة الصحية لأفراد المجتمع انخفاض إنتاجية هؤلاء في سن العمل، وكذلك فإن انخفاض الحالة الصحية يؤدى إلى انخفاض معدل توقع الحياة، ومن ثم تزداد حالات الوفاة للأفراد وهم في سن العمل أو خروجهم إلى المعاش المبكر بسبب المرض، وبالتالى يفقد الاقتصاد القومى ما كان يمكن لهؤلاء الأفراد أن يسهموا به في الناتج القومى لو أنهم كانوا في صحة تامة، أو لو أنهم استمروا في الإنتاج بكامل

---

١ - موقع شبكة الإنترنت بتاريخ ٢٠٠٤/٢/٣م

١-http://www.islam-online.net/iol-arabic/dowalia-٣٨/namaa٢-asp

طاقاتهم حتى سن الخروج إلى المعاش، أى أن سوء الحالة الصحية للأفراد يؤدى إلى ضياع جزء من الناتج كان من المتوقع تحقيقه. وفى الدول النامية وجد أن زيادة الإنفاق على الصحة يعتبر من المتطلبات الأساسية بالتنمية المستدامة، ذلك أنها تؤدى إلى زيادة العمر الإنتاجى للإنسان، وترفع إنتاجيته، فضلا عن إقلال عدد ساعات التعطل عن العمل[١]

كما أن اعتلال الصحة (المرض) قد تفرض ضغوطاً على الأفراد الأصحاء في المجتمع وقد يفرض الأفراد ذو الصحة السيئة تكاليف إضافية على دافعى الضرائب إذا كانت الخدمة الصحية تمول من الضرائب، وقد يمثل هذا مشكلة متصاعدة إذا تزايدت بنسبة المتقاعدين بسبب المرض إلى العاملين، مما يؤدى إلى ارتفاع معدل الإعالة أحيانا .

وسوء صحة الفرد تفرض عليه تكاليف من حيث انخفاض قدرته على التمتع بالحياة، أو كسب الدخل، أو العمل بفاعلية، وهكذا تسمح الصحة الجيدة للفرد بمراحله حياة أكثر إنجازا وإنتاجية بينما يحدث العكس في حالة تدهور الحالة الصحية للفرد من انخفاض الإنتاجية وتحمل التكاليف [١].

كما أن تحسن الخدمات الصحية يحقق منافع للمجتمع ككل إذا أدى ذلك إلى تحسن الصحة، بالإضافة إلى تحقيق منافع للفرد، وكذلك فإن عملية توفير رعاية صحية يمكن أن يكون لها تأثير هام على رفاهية الفرد ورفع الإنتاجية.

---

(١) أنظر المرجع السابق ، ص٢٠ .

(٢) نفس المرجع السابق ، ص ٢٠

رابعا – ضعف الأداء الإدارى :

الإدارة عنصر أساسى من عناصر التأثير في عملية الإعداد والاستثمار والتوجيه وعندما تكون الإدارة ؛ إدارة علمية تتوفر فيها الدقة وحسن التدبير وحسن استخدام الطاقات من رأس المال والخبرات والفرص السياسية والإمكانات البشرية والطبيعية، تستطيع الأمة أن تستخدم إمكاناتها وإن كانت قليلة استخداماً حسنا، وتعمل على توظيفها وتنميتها وتطويرها، وحين يغيب حسن الإدارة والتدبير، فإن الإمكانات الضخمة ستهدر وتضيع أو توظف بشكل لا يعطى المردودات المرجوة منه. فترشيد استثمار رؤوس الأموال والإنفاق والاستفادة من الفرص المتاحة والخبرات والأيدى العاملة والمواد المتوافرة، كلها تحتاج إلى عنصر الإدارة التي تقوم بتجميع تلك العناصر وتوظيفها توظيفاً سليماً ٠

والذي يتابع أوضاع العالم الإسلامي يجد أن أحد الأسباب للتخلف هو ضعف الأداء الإدارى، وسوء التعامل مع امكانات التنمية والتطوير الإنسانية والمادية. وفى المنشآت والهيئات المرتبطة بالصحة في الدول النامية نجد أن المدير المسئول يواجه مشكلة: وهى كيفية تحقيق أفضل استخدام للموارد المتاحة لتحقيق الهدف، أو مجموعة الأهداف المنشودة ! كما تعانى المستشفيات الحكومية من قلة التمويل المخصص لها، ويرجع ذلك إلى ضعف الإنفاق الحكومى على الخدمات الصحية، حيث يمثل حوالى ٢.٥% فقط من إجمالى الميزانية العامة للدولة، وعلى سبيل المثال: فإن الميزانية المتاحة الآن لتشغيل السرير بوزارة الصحة، غير كافية لتقديم

الخدمات الصحية على المستوى المطلوب، نظراً للزيـــادة المطـــردة فـــي أسعار الأدوية والأغذية، وأفلام الأشعة والمحاليل والمستلزمات الفندقيـــة، وعدم تخصيص ميزانية لخدمات العيادات الخارجية مما يـــؤثر فـــي الأداء الإدارى واتخاذ القرار[1] .

لقد أثبتت التجربة أن تركيز الرعاية الصحية في البلدان العربية، له أثر محدود على نمط الأمراض والوفيات، وغير مجز من الناحية الاقتصادية والاجتماعية، لعدة عوائق تبدو عامة في مختلف البلدان العربية أهمها[2].

١- ضعف دعم العملية الإدارية بالمعلومات، خاصة في إطار نظام الخدمات الصحية .

٢- المشكلة الرئيسية الثانية تكمن في الإدارة، فهناك حاجة ماسة لتحسين المهارات الإدارية داخل النظم الصحية .

٣- تنمية القوى العاملة في الحقل الصحي، هناك حاجة ماسة إلى وضـــع السياسات الخاصة بالتوظيف ومستويات الأجور والترقى الوظيفى على أساس صحيح .

٤- انعدام الوعى بالأهداف والأساليب الحقيقية للرعاية الصحية الأولية .

---

(١) المجالس القومية المتخصصة ، تقرير المجلس القومى لخدمات التنمية الاجتماعية ، الدورة الثامنـــة ، مرجع سابق ، ص ٧٥ .

(٢)المعهد العربى للتخطيط ، الحاجات الأساسية فى الوطن العربى ، مرجع سابق ، ص ١٢٠ .

(٣) مجدي عبد الفتاح سليمان ، علاج التضخم والركود الاقتصادي في الإســـلام ، دار غريـــب للطباعـــة والنشر والتوزيع ، القاهرة ، ٢٠٠٢م ، ص٢٩٧

٥- الموارد المالية غير السكانية، باستثناء الدول المصدرة للبترول، بالإضافة إلى انعدام التخطيط الصحي، وعشوائية وقصور البحث في أولويات الرعاية الصحية، وعدم رصد المتغيرات في المجتمعات العربية لتلبية حاجاتها الصحية، أو وضع الحلول الملائمة لها في الوقت المناسب .

خامسا- ركود النشاط الاقتصادي :

المقصود من الركود الاقتصادي: هو انخفاض في الطلب الكلي الفعلي يؤدي إلى بطء في تعريف السلع والبضائع في الأسواق ومن ثم تخفيض تدريجي في عدد العمالة في الوحدات الإنتاجية وتكديس المعروض والمخزون من السلع والبضائع وتفشي ظاهرة عدم انتظام المتعاملين في النشاط الاقتصادي في سداد التزاماتهم المالية في مواعيدها وشيوع الإفلاس والبطالة ٣

الركود الاقتصادي، حالة مرضية بلا شك، تعاني فيها الحياة الاقتصادية مجموعة من الصعاب، تعوق سيرها المطرد المنظم، في سبيل التقدم والارتقاء، ويكفي أ ن نشير غلى تفشي الأمراض وشيوعها، والبطالة، وانهيار حجم الإنتاج الحقيقي من السلع والخدمات، وهي الظواهر التي تصحب عادة عهود الانكماش وتلازمها، ويكفي أن نذكر المآسي التي تتخلف عن الانكماش الربحي من إفلاس كثير من المشروعات، ومن إيقاف تنفيذ المشروعات، التي كان قد شرع في إنشائها، ومن زيادة أعباء الديون على المشروعات وعلى الأفراد وعلى الحكومات، نتيجة تدهور الدخول والأسعار، ومن إقبال الأفراد على اكتناز جانب مهم من ثرواتهم للاحتفاظ بها في شكل نقدي، ومن اضطرار الدولة إلى التضييق على الإنفاق، وفوق هذا كله يبرز

شعور قوي لدى أفراد المجتمع بأن أي نشاط اقتصادي مآله إلى الفشل، وأن أي سعي لابد وأن ينتهي بالخيبة، وان المستقبل يبدو لهم ظلاما قاتما، وكل ما في الحياة الاقتصادية ينذر بنذر سيء، ونجد أدوات وثروات عاطلة أو نصف عاطلة، والمصانع تعمل بنصف طاقاتها، وفي حالة الركود نرى الأسواق عامرة بالسلع والبضائع ولا يوجد لها مشتر، وهكذا الأمراض وانتشارها يقوض النشاط الاقتصادي ن وتؤثر في هبوط الاقتصاد القومي .

المطلب الثاني

الإجراءات التطبيقية في معالجة الآثار الاقتصادية في الاقتصاد الإسلامي

من الحقائق المعروفة أن " الفقر، الجهل، المرض " يمثل مثلثا لا ينفصل أي ركن من أركانه عن الركنين الآخرين، ولكن الركن الذي يمثل الفقر هو الركن الأساسي، الذي يستند عليه الركنان الآخران بحيث يمكن أن يختفيا بسهولة في حالة اختفائه، وينطبق هذا على الفراد والشعوب إلى حد سواء والمستوى الاقتصادي لأي شعب من الشعوب له علاقة مباشرة بأحواله الصحية، إذ أن نقص الامكانات يعتبر العقبة الرئيسة في سبيل تنفيذ البرامج الخاصة بمقاومة الأمراض وعلاج المرضى وتطوير الخدمات الصحية، كما يعتبر العقبة الرئيسة في طريق رفع مستوى المعيشي للشعب، ورفع مستواها الحضاري، مما يؤدي الى بقاء قطاع كبير منها فريسة للجهل الذي يعتبر بدوره حليفا قويا للمرض والمستوى الصحي لمجتمع ما يتناسب طرديا مع مستواه الاقتصادي، فكلما زاد الدخل القومي والفردي ارتفع المستوى الصحي، وكلما ارتفع المستوى الاقتصادي والتعليمي والثقافي كلما ارتفع المستوى الصحي للفرد والمجتمع فكان من الضروري معالجة الآثار الاقتصادية لضمان مستوى صحي، ومستوى اقتصادي مناسب يحقق الاستقرار والأمن للمجتمع .

الإجراءات التطبيقية في معالجة الآثار الاقتصادية في الاقتصاد الإسلامي: [1]

1- **الرجوع إلى تعاليم الدين الاسلامي**
2- **تنمية الموارد البشرية**
3- **التوسع في الانتاج النافع**
4- **رفع مستوى المعيشة**
5- **الأخذ بالوسائل العلمية الحديثة التي تساعد على الانتاج**
6- **الحد من التبعية للعالم الخارجي، وزيادة التكامل بين بلدان العالم الاسلامي**

أولا: الرجوع إلى تعاليم الدين الإسلامي:

فالاسلام كل لا يتجزأ، ولا يجوز الأخذ ببعض تعاليمه دون بعض، وأن الاقتصاد الاسلامي جزء من النظام الاسلامي العام، بعقائده وتشريعاته، وأخلاقياته، وأنه يجمع بين مصلحة الفرد ومصلحة الجماعة، ويوفق بين الحاجات المادية للإنسان والحاجات الروحية، ويجعل التقوى عنصرا من عناصر الانتاج، بحيث يكون الضمير الديني رقيبا ذاتيا على العمل، وسبيلا إلى الإتقان، فالتقوى خير زاد المسلم، وهي رصيده الباقي الذي ترجح كفته في الحساب ﴿... وَتَزَوَّدُوا۟ فَإِنَّ خَيْرَ ٱلزَّادِ ٱلتَّقْوَىٰ ...﴾ [سورة البقرة:١٩٧] .

إننا بحاجة ماسة إلى العودة إلى الفكر الاسلامي السليم القائم على روح الاسلام، وغاياته وقواعده الكلية، ومراتب أحكامه من خلال مصدريه العظيمين: الكتاب الكريم وسنة رسول الله ﷺ، وذلك لنتمكن من إعادة فتح التصورات والحلول الاسلامية للمشكلات الصحية .. وغيرها، التي تعاني منها

---

١ ـ حسن سري ، الاقتصاد الإسلامي ، مركز الإسكنرة للكتاب ، مرجع سابق ، ص٢٩٩

الأمة العربية والاسلامية، بشكل يجعلها على يقين تام أن الاسلام هو السبيل الأوحد لإنقاذها، وفيه الحل الأمثل لجميع مشكلاتها، ويحول بينها وبين أمراضها [١] والاقتصاد الاسلامي الذي يعد شريعة الله في التعامل بين بني البشر وقد قدم للعالم نموذجا رائعا من النجاح في التطبيق لم يرق الى مستواه نظام آخر على ظهر الأرض ؟ فلا سبيل سوى العودة الى تعاليم الله ورسوله، وتطهير الاقتصاد في الدول الاسلامية من كل ما حرمه الله ورسوله، حتى يزول الداء وينجح الدواء ويعم الخير والبركة ﴿وَلَوْ أَنَّ أَهْلَ ٱلْقُرَىٰٓ ءَامَنُوا۟ وَٱتَّقَوْا۟ لَفَتَحْنَا عَلَيْهِم بَرَكَـٰتٍ مِّنَ ٱلسَّمَآءِ وَٱلْأَرْضِ وَلَـٰكِن كَذَّبُوا۟ فَأَخَذْنَـٰهُم بِمَا كَانُوا۟ يَكْسِبُونَ﴾ [سورة الأعراف:٩٦]. فإذا ثابت الأمة الى رشدها ووضعت يدها على الجرح، وعرفت موطن الداء لوجب عليها بعد ذلك أن تتبين الخطوات التي يجب أن تسلكها للوصول إلى الدواء وتحقيق الهدف، فالرجوع الى الله سبحانه، ورسوله يقي الفرد من كثير من الأمراض المنتشرة، وخاصة ما انتشر منها في الدول الإفريقية من مرض الإيدز . لقد بينت إحصائيات منظمة الصحة العالمية أن نسبة الإصابة في دول شمال إفريقيا والشرق الوسط كانت ١٨% فقط، وهي أقل نسبة في العالم تقريبا، وهو ما يعكس الطبيعة المحافظة في هذه المجتمعات، والمبنية على الدين الاسلامي الحنيف الذي يحرم الزنا والشذوذ والخمر والمخدرات [٢] .

---

١ - لجنة التعريف بالإسلام ، الفكر الإسلامي المتوازن ، سلسلة قضايا إسلامية ، العدد (١١٥) ، وزارة الأوقاف ، القاهرة ، ١٤٢٥ -٢٠٠٤ ، ص١٥

١- موقع شبكة الإنترنت بتاريخ ٢٠٠٤/٢/١٥م

http:://www. Islam-online.net /iol –arabic/dowalia/namaa-٣٨/namaa٢.asp

كما أن المناهج المستوردة تجعل النمط الغربي للإستهلاك هدفا تتطلـع اليه الجماهير، وهي إذ تخلق فيهم هذا التطلع تعجز عن تجنيدهم في حلقـة الانتاج لتحقيق ما يتطلعون اليه، ومن ثم فهي توقعهم في الإحباط النفسـي، وليس بهذا النمط من السلوك تعالج قضايا التنمية، إن منهج الاسـلام الـذي نحن في حاجة اليه، هو منهج يقلب هذا الترتيب، مـنهج يحقـق مشـاركة الجماهير في البذل والعطاء على الاستهلاك المظهري [1]، واشريعة الاسلامية بما تملك من سيطرة على قلوب الناس تستطيع أن تجعلهم يعطون بغير حدود عبادة لله تعالى، كما تستطيع ان تضبط استهلاكهم عند الحدود المعقولة التي تتجنب التقتير والإسراف، أنه ليس إلا الطريق الذي حدده الاسلام للنهـوض بالمجتمع اقتصاديا وصحيا واخراجه من ضنك الحياة إلى طيب الحيـاة، قـال تعالى: ﴿ مَنْ عَمِلَ صَٰلِحًا مِّن ذَكَرٍ أَوْ أُنثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهُۥ حَيَوٰةً طَيِّبَةً ﴾ [سورة النحل:٩٧].

ثانيا: تنمية الموارد البشرية:

يرتبط تطبيق الاقتصاد الاسلامي بالعنصر البشري، فدور الفرد المسلم هو العامل الأساسي والفعال لنجاح هذا التطبيق، ومن هنا فإن بناء الإنسـان نفسه وتصحيح سلوكه على أسس ومباديء اخلاقيـة هـو محـور العمـل الاسلامي ونقطة انطلاقه . ويخلص بعض المختصون في مركـز دراسـات الوقاية من الإيدز في جامعة كاليفورنيا بأن القاية من خلال تغييـر الأنمـاط السلوكية هي الطريقة الوحيدة للتحكم في انتشار الأمراض [2] .

٢- د.إبرهيم يوسف ، خطوات على طريق المنهج الإسلامي في التنمية ، المجلة العلمية ، العدد الأول، كلية التجارة – بنات –تفهنا الأشراف ، جامعة الأزهر ، ٢٠٠٤ ، ص٩٨

١- موقع شبكة الإنترنت بتاريخ ٢٠٠٤/٣/٧م

http:://www. Islam-online.net /iol –arabic/dowalia/namaa-٣٨/namaa٢.asp

و نجد أن الأنماط السلوكية على القواعد الاسلامية تهذب الفرد بدءا من البيت، والأسرة، ومرورا بالمدرسة، وإنتقالا إلى المجتمع العام لقوله تعالى ﴿يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ قُوٓاْ أَنفُسَكُمۡ وَأَهۡلِيكُمۡ نَارٗا ...﴾ [سورة التحريم:٦] ، **كما أن إعداد الفرد روحيا وعقليا وبدنيا يؤدي إلى تكوين رأس المال الانساني الضروري لكل تنمية اقتصادية واجتماعية، لأن ذلك يزيد من طاقات الأفراد على العمل مما يزيد دخولهم ووعيهم الإدخاري، ويدفع عجلة الانتاج والارتقاء به فلا غنى عن التنمية البشرية، وأن الأمر الأساسي لإنجاح خطط التنمية هو مشاركة الشعب بجميع فئاته وطوائفه في تنفيذها .**

والتنمية البشرية تتطلب تضافر الجهود لإحداث تنمية في العقلية والطريقة التي يفكر بها الناس ويتطلب ذلك ما يلي: [1]

١ – إصلاح جذري لنظام التعليم الاسلامي ؛ ويتحقق ذلك بصياغة خطط وسائل تربوية تنسجم مع المفاهيم الاسلامية ويحرك في نفوس المسلمين عنصر الإبداع .

٢ – التركيز على الجانب العملي والتطبيقي، ويتحقق بالتوسع في التعليم الفني والصحي و الصناعي والزراعي .

٣ – الاتجاه في دراسة العلومالانسانية الى ما يتصل بالحياة الواقعية والمشكلات الصحية

٤ – التوسع في الخدمات والأنشطة في المجال الصحي والرياضي والغذائي وإصلاح النظم الادارية والتخطيط والتقويم.

---

١ - حسن سري ، الاقتصاد الإسلامي ، مرجع سابق ، ص٣٠٠

٥- الاهتمام بالتوعية الدينية ؛ بالإرشاد الخلقي، وإبراز قيمة التعاون والمشاركة في الاسهام الفعال في المشاريع الاجتماعية، وغرس روح التضحية والإيثار، والتمسك بالأصالة، والوقوف ضد التيارت المناهضة للتعاليم الاسلامية، ونشر الوعي الصحي .

ثالثا: التوسع في الانتاج النافع :

حثت الشريعة الاسلامية على الانتاج، وحرمت الامتناع عن العمل، ولو كان هذا الامتناع بسبب التفرغ للعبادة وحذرت من الكسل، وإهمال العمل، وعملت على الوقاية من الأمراض وعلاجها، لأن المحفظة على الفرد هدف اساسي يفرضه المذهب الاقتصادي الاسلامي على الأفراد وعلى المجتمع، وحرمت انتاج ما يضر بالصحة أو يعطل العقل أو يلهو النفس وتحرم الشريعة جميع المعاملات التي ليس لها انتاج اقتصادي مثل: القمار والسحر والشعوذة، ولا يجوز التكسب بدون عمل، أو من غير الاسهام في الدورة الانتاجية للسلع والخدمات كما لا يجوز اكتناز الأموال، وتحارب الشريعة تجميدها وتحرم الفائدة التي لا تشتمل على دخل مضمون لأفراد لا يسهمون في النشاط الإنتاجي كما تحرم أنواع المسكرات والمخدرات، وكل أنواع اللهو والمجون، لأنها تؤثر على القوى العقلية للإنسان، وتنقص من قدرته على ممارسة الأنشطة الجدية المنتجة [1] .

---

١ ـ نفس المرجع السابق ، ص٧٢

كما جعلت الشريعة تعلم العلوم المادية والتكنولوجية والصناعات المختلفة، والتفوق في العلوم والفنون والصناعات من فروض الكفاية على أفراد المجتمع الاسلامي إذا تم تحقيقه من بعض الناس سقطت الفرضية عن الباقين، وجعلت الشريعة من حق الدولة أن تعيد توزيع الموارد الطبيعية على أوجه الاستعمال عند الحاجة من أجل الكفاية وزيادة الانتاج، كما حرمت الإسراف والتبذير وقللت الفوارق الاستهلاكية بين الناس . أما أساليب التوسع الانتاجي في المجتمع الاسلامي وفقا للأولويات والإحتياجات على النحو التالي:

١ - استصلاح الأراضي للزراعة: لتوفير الأمن الغذائي وانتاج المحاصيل الغذائية بما يتناسب مع النمو المضطرد وزيادة السكان في بقاع الوطن الاسلامي

٢ - تحقيق الاكتفاء الذاتي في مجال انتج السلع الاستراتيجية .

٣ -توجيه الموارد الاقتصادية المتاحة لإنتاج الضروريات، وتجنب الأنماط الاستهلاكية الكمالية

٤ - توفير وعرض المواد الغذائية والسلع الأساسية - بما في ذلك مواد البناء بأسعار معقولة في متناول الجميع

٥ - ترشيد الاستهلاك، والحد من محاكاة السلوك الطرفي ونشر الوعي الإدخاري

٦ - حماية الانتاج المحلي وتحسينه وتجويده، حتى يصمد امام منافسة الانتاج المستورد

٧ - الحد من التطلعات المادية، وإيجاد سياسة إعلامية موجهة للقضاء على الاسراف، والدعاية للصناعات المحلية

٨- تدعيم الإنتاج الحربي للدفاع عن الأمة الاسلامية، والاتحاد تدريجيا لعدم الاعتماد على الغير في تسليح الجيوش الاسلامية .

رابعا: رفع مستوى المعيشة:

في ظل النظام الاقتصادي الاسلامي لا يوجد جائع أو محروم ،ذلك لنه يضمن حد الكفاية لكل فرد أو حد الكفاف – كما يسميه الفقهاء – فلكل القدر الازم الذي يكفل له الحد الأدنى من العيش الكريم من مأكل ومشرب وملبس ومسكن وهذا في نظر الاسلام حق ثابت " وفي أموالهم حق للسائل والمحروم"[1]، أما بالنسبة للفقراء الأصحاء القادرين على العمل، فيفتح الاسلام أمامهم أبواب الكسب الشريف في مجالات التجارة والزراعة والاحتراف أما الوسائل التي تحقق رفع المستوى المعيشي [2]:

١- توفير حد الكفاية: ويتحقق ذلك بإيجاد نظام اجتماعي يضمن ضروريات الحياة لجميع الفئات غير القادرة بسبب العجز أو المرض أوكبر السن ولن يتأتى ذلك الا بإحياء فريضةالزكاة لتؤدي دورها الفعال في انجاح هذا النظام .

٢- القضاء على البطالة: بإيجاد فرص العمل لكل قادر بتشجيع استصلاح الأراضي الزراعية وغزو الصحراء، وتشجيع الصناعات الصغيرة، وإنتاج السلع الوسيطة والتوجه الىالتعليم الصحي والصناعي والزراعي

٣- إيجاد التوازن وتقليل الفجوة بين الطبقات وذلك بتوزيع الدخول توزيعا عادلا بين فئات المجتمع لصالح محدودي الدخل بين العمال والفقراء، فلا

---

١ - سورة الذاريات ، الآية رقم ١٦

٢ - نفس المرجع السابق ، ص٣٠٥

ينبغي أن ينظر الى العمل على انه تابع لرأس المال وليس مشاركا في عملية الإنتاج والتنمية، كما يحدث في النظم المادية البحتة – بل ينظر اليه على انه مكمل ومشارك لرأس المال، حتى تتحقق العدالة بين أصحاب رءوس الأموال والعمال وتضيق الفجوة الهائلة بين أصحاب العمل والعاملين وتتوافر أقصى منفعة من الطيبات التي سخرها الله تعالى لكل فئات المجتمع على حد سواء

٤– تنمية الموارد واستغلال الموارد المتاحة: فالتنمية في الإسلام فرض وضرورة لنها تعني المزيد من السيطرة على الموارد التي سخرها الله لخدمة الانسان، وتحقق مستويات متزايدة من الدخل مما يتيح رفع مستوى المعيشة ومعلوم أن التنمية لا تتحقق الا بتوظيف واستثمار الامكانيات المتاحة و اكتشاف موارد جديدة وفقا لخطط واعية، من غير تبديد ولا إهدار.

٥– القضاء على التضخم وتوفير الاستقرار الاقتصادي فالتضخم من أخطر الأسباب لتدني مستوى المعيشة من العمال والموظفين وصغار الملاك ؛ لأنه يؤدي الى ارتفاع الأسعار بما لا يتناسب مع دخولها المحدودة وللحد من التضخم تتبع الحلول الآتية: [١]

أ– العمل على تشجيع غنتاج السلع المحلية البديلة للسلع المستوردة، وتصدير الزائد منها عن الاستهلاك المحلي، وذلك لتنموية ميزان المدفوعات

---

١ ـ نفس المرجع السابق ، ص٣٠٦

ب- إعادة النظر في عمل البنوك التجارية الربوية التي تتحكم بالإئتمان تستولي على طاقات مالية بدون وجه حق مما يؤدي الى رفع الأسعار وزيادة الأعباء على الطبقات الكادحة .

ج- مراعاة الظروف الاقتصادية في الانفاق العام ؛ فتزيد الدولة من انفاقها في حالة الركود الاقتصادي لتنشيط الاقتصاد، وتقلص الانفاق في حالة الانتعاش

د- منع الوسطاء: لن كثرة الوسطاء بين المنتج والمستهلك يؤدي الى ارتفاع الأسعار ويتفق ذلك مع أسس الاقتصاد الاسلامي حيث نهى رسول الله خامسا: ﷺ عن تلقي الركبان وبيع الحاضر للبادي لقوله " ولا تلقوا الركبان، ولا يبيع بعضكم على بيع بعض، ولا بيع حاضر لباد "[1]

خامسا: نقل فنون الانتاج الحديثة عن المجتمعات الأخرى :

اذ يشهد العالم تطورا متصاعدا في فنون الانتاج، فان مسألة نقل فنون الانتاج الحديثة عن المجتمعات الأخرى الأكثر تقدما يعد من المسائل الهامة والحيوية في الاجراءات التطبيقية في معالج الآثار الاقتصادية

واذ تع مشكلة نقل الفنون الانتاجية عن الدول الغربية المتقمة، وهي المصدر الأساسي لها، من اهم المشاكل التي تواج الافادة من فنون الانتاج هذه، وذلك لأن نقل واستخدام هذه الفنون يجب ان يتوافق مع المقرة المحلية داخل الأقطار المنقولة اليها لاستيعاب فنون الانتاج الحديثة، وأن تكون هناك

---

١ - أخرجه نسلم في صحيحة

مقدرة أيضا على متابعة التطور في هذه المجالات بما يوافق الظروف المحلية من خلال الأبحاث والدراسة وتطويرالمقدرة المحلية على التجديد والابتكار، كمايتعين ان تكون هناكاجراءات لعلاج ما يترتب على اتباع الفنون الحديثة في مجالات معينة على المجالات الأخرى التي لم تحظى بهذا التطور من خسائر او آثار سيئة وعلى المجتمع من أضرار ربما كان من بينها تلوث البيئة او الأمراض او البطالة او غيرها، حتىلايثبط ذلك من قدرة المجتمع على بناء القدرةالاستيعابية المحلية لفنون الانتاج الحديثة ويرفع من تكلفة استيراد وادارة معداتها، وذلك لمسئولية الدولةعن كافة أفراد وطوائف المجتمع والحفاظ على المقرة الانتاجية والاقتصادية والحفاظ على البيئة التي يعيشون فيها ويمارسون نشاطهم وعلى ادارة المجتمع ككل وفقا لقول رسول الله ﷺ " لا ضرر ولا ضرار"[1] .

هذا ويدفع الاسلام المجتمعات الى الافادة من كل مجالا ت التقدم العلمي التي يتم الوصول اليها في مجتمعات أخرى في كل من الماضي والحاضر، وذلك كما يتبين [2] :

أ- **الافادة من خبرات الأمم السابقة قال تعالى:** ﴿... وَذَكِّرْهُم بِأَيَّامِ ٱللَّهِ ۚ ...﴾ [سورة إبراهيم:٥] ، **وقال تعالى أيضا** ﴿ لَقَدْ كَانَ فِى قَصَصِهِمْ عِبْرَةٌ لِّأُو۟لِى ٱلْأَلْبَٰبِ ۗ ...﴾ [سورة يوسف:١١١] ، **وقال أيضا**﴿قُلْ سِيرُوا۟ فِى ٱلْأَرْضِ فَٱنظُرُوا۟ كَيْفَ كَانَ عَٰقِبَةُ ٱلَّذِينَ مِن قَبْلُ ۚ كَانَ أَكْثَرُهُم مُّشْرِكِينَ ﴿٤٢﴾﴾ [سورة الروم:٤٢] **وقال سبحانه :** ﴿ يُرِيدُ ٱللَّهُ لِيُبَيِّنَ لَكُمْ وَيَهْدِيَكُمْ سُنَنَ ٱلَّذِينَ مِن قَبْلِكُمْ ...﴾ [سورة النساء:٢٦] .

---

١ - أخرجه البخاري في صحيحه
٢- د. محمد عبد المنعم عفر ، التنمية والتخطيط وتقويم المشروعات في الاقتصاد الاسلامي ، مرجع سابق ، ص١٨٢

وتندرج هذه الافادة تحت قاعدة عامة هي الافادة من هذه الخبرات فيما يتفق مع الاطار العام للنظام الاسلامي المتكامل .

الافادة من خبرات ومكتسبات المجتمعات المعاصرة: قال تعالى ﴿... فَسْـَٔلُوٓاْ أَهْلَ ٱلذِّكْرِ إِن كُنتُمْ لَا تَعْلَمُونَ ﴾ [سورة النحل:٤٣] ، وقال رسول الله ﷺ " من خرج في طلب العلم فهو في سبيل الله حتى يرجع "[١] .

ولهذه الافادة ايضا شروط هي: تنقية هذه الخبرات والمكتسبه اتمما يخالف الاطار العام للنظام الاسلامي اذي يقر القوانين العلمية الثابتة، ويفيد من النظريات والمظهر الخارجى فيما يتفق مع القوانين العلمية الثابتة والمذهب الاقتصادي الاسلامي وحيث يعمل الاسلام على الافادة من الخبرات المتاحة له في تطوير الفنون الانتاجية، والافادة من خبرات المجتمعات الأخرى فيما يتفق ونظامه العم وظروف مجتمعه، فإنه بذلك يؤكد تجنب مشاكل النقل الآلي للفنون الحديثة وإتباع مناهج الغير دون تعديل او تطوير، ودون تطوير القدرة المحلية على الاستيعاب والتطوير وهو بذلك يتجاوز او يقلل من المشاكل المرتبطة بذلك إلى حدها الأدنى ونكون قد استفدنا بالأخذ بالوسائل العلمية الحديثة التي تساعد على الإنتاج.

١- الإمام النووي ، رياض الصالحين ، رقم (١٣٨٥) ، مرجع سابق صـ٤٧٥ .

سادسا: الحد من التبعيه للعالم الخارجي، وزيادة التكامل بين بلـــدان العالم الإسلامي .

مازالت الأمة الإسلامية تحت وطأة التبعية الاقتصادية للعالم الخارجي، والله ﷻ يقول: ﴿كُنتُمْ خَيْرَ أُمَّةٍ أُخْرِجَتْ لِلنَّاسِ ...﴾ [سورة آل عمران:١١٠] **لقد فرضت التبعية فرضا عل البلدان الاسلامية في ظروف ضعفها الشديد حينما تم احتلالها عسكريا او وضعها تحت الحمايـــة او الانتـــداب مـــن قبـــل القـــوى الاستعمارية في القرن الماضي، هذه القوى التي لم تكن في حقيقة الأمر سوى امتداد طبيعي للحملات الصليبية الهمجية على البلدان الإسلامية منـــذ عـــدة قرون مضت والتي أحبطت حينذاك بفض تماسك المسلمين**

و لعل من أهم استمرار التبعية وخاصة التبعية الفكرية التـــي تكونـــت خلال فترة التبعية السياسية والاقتصادية ثم استمرت بسبب الوهم السائد لدى الكثير من المثقفين بثقافات غربية ولدى الحكام بأن التمسك بأهداف الحضارة الغربية يحمل أسس التقدم والترقي، بل ان بعض الحكومـــات فـــي البلـــدان الاسلامية لن تقدم على وض سياسات جديـــدة او مشـــروعات حيويـــة قبـــل استشارة خبراء من الغرب وفي بعض حالات البلـــدان الاســـلامية ظهـــرت الانظمة الاشتراكية كانظمة جديدة غير جهرهـــا بالالحـــاد، وبنـــاء حياتهـــا الاجتماعية والسياسية والاقتصادية على اساس .[1]

١- د.عبد الرحمن يسري أحمد ، الاقتصاديات الدولية ، الدار الجامعية ، الاسكندرية،٢٠٠٠، ص٣٣١

ولكن الم تكن التبعية الفكرية سببا فـــي اســـتيراد الخمـــور والأفـــلام السينمائية الفاسدة في البلدان الاسلامية ،و تحليل الربا في المصارف القائمة فيها – وتفضيل اغنياء المسلمين ايداع امـــوالهم فـــي المصـــارف الغربيـــة الشهيرة لنها (اكثر امانا)، وكذلك الاســـتثمار فـــي مشـــروعات (عاليـــة الربحية) داخل البلدان الغربية بلا من المخاطرة بها في اســـتثمارات قليلـــة العائد نسبيا داخل البلدان الاسلامية النامية، ألم تؤدي التبعية الفكريـــة الـــى تفضيل المسئولية في داخل معظم البلدان الإسلامية لزيادة الارتباط بالأسواق الأوروبية والأمريكية، بدلا من التفكير في توثيق العلاقات الاقتصادية بالبلدان الإسلامية القريبة منها .

أن التخلف الاقتصادي التي تعاني منه الدول الإسلامية لا يرجـــع إلـــى الإسلام، لان الاسلام يسعى الى الاعتماد على الذات علـــى مســـتوى الفـــرد والدولة بحيث، تستقل الدول الاسلامية وتعتمد على قدرتها الذاتية وامكاناتها البشرية لتحقيق التنمية، إنما يرجع التخلف الى ابتعاد المسلمين عن المـــنهج الإسلامي وتمسكهم بالتبعية للنظم الوضعية [1] .

إن الاسلام يرفض التبعية للامم الكافرة والمشركة مهما بلغت من تقدم وازدهار مادي لا يقتدى بها ولا بأنظمتها، ولا يتناســـب مـــع ابنـــاء الامـــة الاسلامية ان يأخذوزا مناهج تفكيرهم التي تتنافى مـــع مفـــاهيم ومعطيـــات الشريعة الاسلامية.

١- د.حسن سرى ، الاقتصاد الإسلامي ، مرجع سابق ، ص٣٠١

وهنا تبدو ضرورة التكامل الاقتصادي بين الدول الاسلامية للحـــد مـــن التبعية والحاجة للدول الأخرى، فبعض الدول الإسلامية يملك المال ، و بعضها يملك الموارد الطبيعية، وأخرى تتوافر لها القـــوى البشـــرية، او الاراضــــي الشاسعة الصالحة للزراعة، فالأحرى ان تتعاون هذه الدول – بحق الإخـــاء الإسلامي –وما حباها الله من تفوق اقتصادي اذا تضافرت الجهـــود بالعمـــل لانجاح ذلك باخلاص واستقلالية في عصر التكتلات الاقتصادية.

مزايا الاقتصاد الإسلامي عـــن غيـــره مـــن الاقتصــــاديات الوضعية:

١- اهتمام الإسلام بمعالجة القضايا الاقتصادية، وشموله كافة أوجه الحياة الاقتصادية.

٢- الرجوع إلي الإسلام بتطبيق ما جاء فيه من تشريعات هو السبيل الوحيد لإنقاذ البشرية من وضعها الاقتصادي المتردي وحل كافـــة المشـــكلات الاقتصادية التي يعاني منها عالمنا المعاصر.

٣- التعامل مع الحياة الاقتصادية وفق شرع الله، والـــتمكن مـــن اســـتنباط الأحكام الشرعية الاقتصادية.

٤- إدراك الأخطار والانحرافات في الأنظمة الاقتصادية الوضعية.

٥- تفوق النظام الاقتصادي الإسلامي على غيره مـــن الـــنظم الاقتصــــادية السائدة في عصرنا.

أوجه الاتفاق والاختلاف بين الاقتصاد الإسلامي والوضعي في حل والمشكلات

١ –يختلف تحديد مفهوم ومضامين المشكلة الاجتماعية في الإسلام عن تحديداتها في ظل النظم الوضعية . ففي ظل النظم الأخيرة لا توجد ثوابت ولا قيم ولا أخلاقيات ولا معايير مطلقة.فالأمور كلها نسبية . وما ينظر إليه اليوم على انه مشكلة قد لا ينظر إليه غدا على انه كذلك (مثل الزنا واللواط وتعاطي المخدرات صارت حقا قانونيا للأفراد اليوم في العديد من دول أوروبا أما في الإسلام فان تحديد المفاهيم والمضامين يرتبط بالبناء العقائدي والأخلاقي والقيمي وهو ثابت مطلق وليس نسبيا، وهذا ما يضمن السواء والبعد عن الانحراف والسير مع الهوى الذي يحطم الإنسان والمجتمعات ويقود للهاوية . ليس معنى هذا تجميد حركة المجتمع الإسلامي . وهناك مجال لحرية الحركة في مجال التحريم والحماية حسب مقتضيات التغيير والتنمية والظروف الزمانية والمكانية، وهذا الأمر لا يتصل بالثوابت الإيمانية والأخلاقية والقيمية الاستراتيجية العليا في الإسلام، ولكنه يتصل بالمصالح المرسلة ومجالات التعذير، وهي مجالات مفتوحة حرة بشرط عدم التصادم مع الأبعاد الثابتة للبناء العقدي والأخلاقي والقيمي للإسلام .

٢ – لا ينكر الإسلام الأساليب المنهجية والتحليلية المستخدمة اليوم في فهم المشكلات الاجتماعية بالأساليب المسيحية والتاريخية والإحصائية

والمقارنة لمعرفة جذورها وعواملها وارتباطاتها الوظيفية وغيرها من مشكلات وظواهر . كذلك لا يعارض الإسلام أساليب المنهج العلمي في التحديد والتشخيص ورسم خطط المواجهة والتنفيذ والمتابعة والتقويم، ولا ينكر جوهرها إسلامية النشأة والتنظير والتطبيق . ويكفي دراسة مواجهة الإسلام لآفات كثيرة مثل تعاطي المسكرات والزنا وغيرهما .

٣ -يتفق المنهج الإسلامي في مواجهة المشكلات مع الفطرة السوية والعقل الراشد ويستمد أسسه من الشريعة . ولهذا لا يقع هذا المنهج في الطوباويات أو الإغراق في المثاليات غير القابلة للتطبيق فالمنهج الإسلامي يتسم بالاعتدال والواقعية الأخلاقية .

٤ -تضع الاستراتيجية الإسلامية في التعامل مع المشكلات نسقا من الأولويات مستمدا من الأولويات في الإسلام نفسه كدين سماوي ، فالمشكلات التي تفرض قيام المجتمع الإسلامي أو التي تمس أمورا إيمانية أو تطبيق الشريعة الإسلامية تأتي أولا وتحتل أهمية كبرى، فدفع الضرر مقدم على جلب المنافع .

الباب الثالث

أساليب الوقاية والعلاج فى الإقتصاد الوضعى والاقتصاد الإسلامي

بعد التعرض في الباب الأول لصور من التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية، ومدى أهميتها ،وأفضل الصور التي يجب استخدامها، اقترن ذلك باستعراض المشكلات الصحية من حيث الأسباب والآثار الناتج عنها الأمراض في الباب الثانى.

ويثار التساؤل عن مدى نجاح أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي والإسلامي؟ وما مدى اتفاق واختلاف أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي والإسلامي؟

وإذا كان الإسلام يتفق مع العلاجات الحديثة طالما لا يخالف الشريعة، إلا أنه أكثر فاعلية في نجاح العلاج، وفى تحقيق الشفاء ،فهو يقوى الإرادة ويجدد العزم ،ويبعث الثقة مما يكون له الأثر في التخفيف من مضاعفات المرض، وإن لم يكن الشفاء منه.

كما أن هناك صفات مشتركة بين نظم المستشفيات في الحضارة الإسلامية والمستشفيات الحديثة مما يدل على أهمية الصحة عند المسلمين قبل غيرهم منذ عده قرون.

وأصبح لدى جميع دول العالم اليوم، قناعة بأن الوقاية خير من العلاج، وأن العلاج الناجح يساهم في صحة الأفراد وعودتهم إلى عجلة الإنتاج، وهناك من الإحصاءات الصحيحة ما يشير إلى ذلك،ولم تضع الدول السياسات الصحية إلا لمواجهة المشكلات الصحية من خلال أساليب الوقاية والعلاج.

وفى الباب الثالث سيتم معرفة أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي، وأساليب الوقاية والعلاج في المؤسسات العلاجية في الحضارة الإسلامية في مجال التطبيق. في ثلاثة فصول الفصل الأول: أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي وفى الفصل الثانى أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي، وفى الفصل الثالث أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي في مجال التطبيق في المؤسسات العلاجية في الحضارة الإسلامية (البيمارستانات).

الفصل الأول

أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي

تناول الباحث أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي، حتى نقف على أهمية الوقاية ونتذكر الأقوال الشائعة والأمثال المعبرة، " درهم وقاية خير من قنطار علاج" والوقاية خير من العلاج ". وذلك بعد أن أصبحنا اليوم ندرك أهمية الوقاية في حياتنا نتيجة لمعرفتنا بحجم الأضرار المادية والاجتماعية (الاقتصادية) والنفسية التي تنجم عن الأمراض فالإحصائيات تقول [(١)]:

١- أنه يموت سنوياً ملايين البشر وتضيع ملايين من ساعات العمل، وتنفق أموال كثيرة على أمراض يمكن الوقاية منها بتكاليف زهيدة تكاد لا تساوي شيئاً، إذا ما قورنت بالتكاليف الباهظة التي تنفق سنوياً على العلاج .

٢- وعلى سبيل المثال: أن داء الجدري الذي انتشر في أنحاء العالم. وبسببه مات الملايين وتشوه آخرون، كان علاجه ما يقارب مليار دولار سنوياً، ولكن بعد تنفيذ برنامج الوقاية من الجدري على نطاق عالمي صارت التكاليف المخصصة للقضاء عليه ثلث المبلغ السابق.

٣- وكما أن تكلفة الوقاية من الالتهاب الكبدي بالطعم الواقي قد يكلف ١٠٠ جنيه وتكلفة العلاج كبيرة، أما علاج المضاعفات باهظة قد تصل إلى مئات الآلاف.

---

(١) موقع شبكة الإنترنت : (المنهج الوقائي في الإسلام) بتاريخ ٤/٤/٢٠٠٤م
http :// www. alwatan. Com / graphics /٢٠٠١/june / ٢٢.٠٦ / heads/ otg. htm

يقول هانس- بيترمارتين[٢] والمؤلم حقاً أن تشارك منظمة التجارة العالمية(WTO) في دعم وتعزيز السياسات الحمائية التي تنتجها بلدان الشمال من خلال اتفاقية حقوق الملكية الفكرية، وما تنطوي عليه هذه الاتفاقية من ترسيخ للتخلف وتعزيز لانتشار الفقر والمرض. فكما هو معروف فان ملكيه. مالا يقل عن ٩٠% من حقوق براءات الاختراع تعود أصلاً إلى بلدان الشمال، وبفضل هذه الاتفاقية أسست بلدان الشمال ومعها منظمة التجارة العالمية، تفرض غرامات باهظة على كل من تسول له نفسه الانتفاع من مكتشفات ومبتكرات العصر، ولعل الأدوية الخاصة بعلاج مرض نقص المناعة (الإيدز) مثال صارخ على ما نحن في صدد الحديث عنه، فمع أن هذا المرض يقضي على آلاف الأرواح كل يوم في القارة الإفريقية، أصرت دول الشمال على احتكار وتسويق هذه الأدوية بأسعار خيالية نادراً ما يستطيع مواطن إفريقي دفعها، ولولا الاحتياجات الواسعة والمظاهرات الصارخة في جنوب إفريقيا لما تنازلت بلدان الشمال عن شئ من حقوقها الخاصة بهذا الشأن أبداً.

- أما تكلفة الوقاية من الدرن بما في ذلك علاج الحالات لوقاية المجتمع، والالتزام بالتطعيم لا يقارن بآثار ذلك على الفرد والأسرة والمجتمع، صحياً، ونفسياً، ومادياً، وبالتالي إنتاجياً.

---

(١) هانس، بيتر مارتين، هارالدشومان ،" فخ العولمة " " الاعتداء على الديمقراطية والرفاهية " ، ترجمة وتقديم د. عدنان عباس على ، مراجعة وتقديم ، د. رمزي زكي ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت ، أغسطس ٢٠٠٣م ، ص ٢٧.

أما البلهارسيا فمثال صارخ، لتدمير الإنسان لنفسه، لمجرد تجاهله وجهله لمبدأ بسيط للحفاظ على الصحة، وهو عدم قضاء الحاجة في المياه، ولم تكتفي البلهارسيا بآثارها المدمرة المباشرة، ومضاعفتها التي قد لا تجد علاجاً، ولكنها قد لا تعلن عن نفسها بإفساح المجال لأمراض أخرى تظهر على السطح.

ونستنتج أن: مضاعفات هذه الأمراض يضيف عبئاً ثقيلاً يستنزف المال ويدمر النفس، ونخص في هذا المقام الأمراض المتوطنة كالالتهاب الكبدي – الدرن – والبلهارسيا، فهي لم تترك بصماتها على الصحة والحالة المادية، بل أثرت على الحالة العقلية والنفسية، وصلت إلى حد الزعر في بعض الأحيان. وأن الوقاية من الأمراض يوفر المستنزف في العلاج، ويحافظ على القوى البشرية. وهما درعا التنمية .

المبحث الأول

أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي

من أساليب الوقاية والعلاج [١] :

١- إجراءات ترقية الصحة وتقويتها (الوقاية العامة) .

٢- إجراءات الوقاية النوعية.

٣- الاكتشاف المبكر والعلاج الفورى للحالات المرضية.

٤- علاج المرضى (الوحدات العلاجية) .

٥- الإجراءات التأهيلية.

وسوف يوضح الباحث أهم هذه الطرق:

أولا: إجراءات ترقية الصحة وتقويتها (الوقاية العامة)

الارتقاء بالصحة (Health Promotion) **عن طريق [٢]:**

التثقيف الصحي: (Health Education) والإجراءات الآتية: -

١- تثقيف المواطن بالحقائق الجوهرية للصحة والمرض والإرشاد وتعديل السلوك نحو العادات التي توفر الصحة. ويعد التثقيف الصحي الأساسي لأي برنامج صحي وهو العمود الفقري لتخطيط وسائل مكافحة الأمراض المعدية والوقاية منها ورفع صحة المجتمع.

---

(١) د. سلوى عثمان الصديق ، مدخل فى الصحة العامة ، مرجع سابق ، ص ٣٧ .

(٢) د . صلاح الدين أحمد رحيم ، المبادئ العامة لعلم الوبائيات ، مرجع سابق ، ص ٧٧ : ٧٨

٢- المحافظة على مستوى غذائي يناسب مختلف أدوار النمو، إذ توجد علاقة وثيقة بين الحالة الصحية الغذائية للجسم وبين مقاومة الجسم لمسببات الأمراض من الجهة الأخرى.

٣- المحافظة على صحة البيئة من ناحية المسكن الصحي وتوفير الشروط الصحية في المجالات العامة وفي مجالات العمل وإجراء الفحوصات المختبرية قبل الزواج .

٤- إجراء فحوص دورية نوعية للاكتشاف المبكر للأمراض المزمنة.

ثانياً: إجراءات الوقاية النوعية:

وذلك بحماية المجتمع من الأمراض والأمراض المعدية [١]:-

١- حماية الفرد من المرض عن طريق :-

أ- العناية بالنظافة الشخصية (Personal Hygeine) مثلاً أن غسل الأيدي بالصابون قبل الأكل وبعد استعمال المرافق الصحية يحمي الإنسان من الكثير من الأمراض المعدية المعوية.

ب- الحماية من الأخطار المهنية: عن طريق وسائل ميكانيكية لحماية العاملين من أخطار بعض الصناعات وتوعية العاملين بالطرق الخاصة بالحماية من أخطار المهنة.

جـ- الحماية من الحوادث في المنزل والطرق مثلاً.

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٧٨

د- استعمال أغذية خاصة مثلاً لمنع أمراض سوء التغذية ومنع مضاعفات بعض الأمراض كداء السكر .

٢- حماية الفرد من الأمراض المعدية عن طريق :-

أ- استعمال اللقاحات النوعية بصورة دورية ابتداء من الطفولة وإعطاء جرعات منشطة من اللقاح لكي نضمن وجود مستوى عال للمناعة في المجتمع.

ب- استعمال العلاجات الوقائية الكيماوية (Chemo-Prophylaxis) بغرض تأمين الوقاية القصيرة الأمد مثل استعمال الأدوية في مرض الملاريا والحمى المخية والشوكية.

جـ- منع تلوث مياه الشرب ومعالجتة .

لذلك كانت الإجراءات العامة للوقاية من الأمراض ومكافحتها التي تنقسم إلى ثلاثة أقسام:(٢)

١-١- الإجراءات الوقائية:

الهدف من هذه الإجراءات هو منع حدوث المرض، ولذلك فهي تتعلق بالبواعث التي تعمل في المدة ما قبل تولد المرض وتسمى (الوقاية الأولية) أو (Primary Prevention) وتشمل ما يلي(١) :-

١- رفع مستوى السلامة الجسمية والعقلية والرفاه الاجتماعي.

٢- حماية أفراد المجتمع وتشمل حماية الفرد من الأمراض العامة من الأمراض الانتقالية.

---

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٧٨ .

(٢) نفس المرجع السابق ، ص ٧٨ .

١-٢- إجراءات المكافحة :-

والهدف منها الحد من انتشار العدوى من الوحدات العلاجية والحد من مضاعفات المرض ولذا فهي تتعلق بما يلي [٢]:-

أ- مدة المرض وتسمى (Secondary Prevention) وتشمل:

١- الإجراءات المتخذة ضد انتشار الأمراض المعدية.

٢- الإجراءات المتخذة للإقلال من مضاعفات وعواقب المرض.

ب- مدة التفاهم وتسمى الوقاية الثالثة (Tertiary Prevention):

وتتعلق بالإجراءات التي تتخذ بعد زوال الأعراض من المريض.

١-٣- الإجراءات الدولية:

إجراءات وضعت من قبل منظمة الصحة العالمية (W.H.O) وهي منظمة صحية تابعة لهيئة الأمم المتحدة والهدف منها هو منع دخول الأمراض المعدية المادة الوبائية إلى مختلف الأقطار من البلدان الموبوؤة، وتخص هذه الإجراءات المسافرين.والحجاج إلى الديار المقدسة، ومنها ما هو خاص بالبضائع والحيوانات وتشمل تلقيح المسافرين والحيوانات المنقولة وتنمية الوعي بأسباب الوقاية من المرض، وتوعية الشباب قبل سفرهم إلى الخارج بأخطار المرض .

(٣) نفس المرجع السابق ، ص ٧٩ .

ثالثا: الاكتشاف المبكر والعلاج الفورى للحالات المرضية

وهي الإجراءات الوقائية[1] التي تنمو لاكتشاف الحالات المرضية في أدوارها الأولى مع عدم ظهور الأعراض المرضية، وبالتالي قد تكون مجهولة للمصابين بها. ومما لا شك فيه أن الاكتشاف المبكر للأمراض يساعد على العلاج الفوري، وبالتالي يكون ايسر وأسهل وذات فاعلية أسرع في العلاج، ويساعد على منع حدوث مضاعفات للمريض.

ومن طرق الاكتشاف المبكر [2]:

١- الكشف الدوري والفحص المستمر للحالة الجسمية العامة دون إحساس الفرد بأي أعراض مرضية أو حدوث آلام.

٢- التحليلات الطبية الشاملة سواء كان تحليل بول أو دم أو. الخ .

٣- عمل الأشعات المختلفة الشاملة والمقطعية.

وهذه الإجراءات تساعد في الكشف المبكر للحالات المرضية، وبالتالي علاج الأمراض في حالة ظهورها في الأطوار الأولى لها يساعد على تجنب حدوث مضاعفات، وبالتالي إمكانية الشفاء التام وكلما تقدمت الدول والمجتمعات كلما كان هناك إجراءات للاكتشاف المبكر للأمراض.

ولذلك يجب أن يقوم الفرد بإجراء الفحص المستمر للوصول إلى الاكتشاف المبكر لأي مرض، وبالتالي يسهل علاجه.

---

(١) د . سلوى عثمان الصديق ، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية ، مرجع سابق ، ص ٣٩

(٢) نفس المرجع السابق ، ص ٣٩

رابعاً: علاج المرض

ويهدف العلاج للحد من المضاعفات أو العجز المرضـي واستكمال الشفاء، فهذه الإجراءات تستهدف علاج المرض والوقاية من مضـاعفات المرض للمريض، بل ويستهدف أيضاً وقاية المجتمع من انتشار المـرض ولاسيما إذا كان مرضاً معـدياً.وذلك عـن طريـق المستشـفيات العامـة والوحدات العلاجية .

خامساً: الإجراءات التأهيلية :

وتشمل الإجراءات التي تتخذ بعد علاج المرضـية وثبـوت الحالـة التشريحية والوظيفية للجسم وتستهدف هـذه الإجـراءات الوقايـة مـن المضاعفات الاجتماعية والاقتصادية، بل وتحقيق التكيف الاجتماعي للفرد، حيث تستهدف الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعيـة والمهنيـة حتـى يستطيع الاعتماد على نفسه في تصريف شئون حياته، فباستغلال أقصـى قدراته وإمكانياته المتبقية أفضل استغلال ممكن[١] .

وعملية التأهيل تمر بمجموعة من الخطوات التي تبدأ بالفحص الطبي الشامل لتحديد درجة العجز أو الإصابة ثم تحديد الأساليب الطبية اللازمـة للحالة: ويصاحب هذه العملية التأهيل النفسي للفرد لقبول العجز أو العاهة والرضا النفسي يؤهل الفرد للتأهيل الاجتماعي حيث محاولة التكيـف مـع المجتمع باختيار المهنة أو العمل الذي يتناسب وطبيعة العجز أو العاهة،

---

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٤٠

وبالتالي التأهيل المهني المناسب، وبالتالي إيجاد العمل المناسب وتحقيق التأهيل والتكيف الاجتماعي [٢].

وتختلف المجتمعات في مدى اهتمامها بطرق الوقاية والعلاج، حيث تتفاوت باختلاف المستويات الاقتصادية والاجتماعية، فبرامج الدعاية الصحية الوقائية تعتبر سمة من سمات المجتمعات المتقدمة، حيث الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض، بالتالي استخدام إجراءات علاجية فورية، بينما نجد أن البرامج العلاجية هي البرامج التي تميز المجتمعات النامية .

- العلاج ينقسم بدورة إلى [٣]:

- العلاج بالعقاقير: كأدوية المسكنات والمضادات الحيوية.
- العلاج الإشعاعي: وذلك باستخدام المواد المشعة في علاج الحالات السرطانية .
- العلاج الجراحى: كالقيام بعمليات الاستئصال أو التقويم أو الخياطة أو تركيب الأعضاء وزرعها.
- العلاج الطبيعى: كالتدليك والتمرينات الرياضية والحمامات الساخنة .
- العلاج بالتنفس الصناعى (Inhalation therapy) :كإنعاش المريض بالأكسجين الإضافى وبالكميات المناسبة وإنعاش المرضى تحت العمليات الجراحية.
- العلاج التأهيلى: كعلاج حول العين وعلاج أمراض النطق (Speech therapy) وعلاج مرضى الحالات النفسية.

---

(١) د . عبد المحي محمود صالح ، الممارسات المهنية في المجال الطبي ، مرجع سابق ، ص ٢٨٩ : ٢٩٤

(٢) حسان محمد نذير ، إدارة المستشفيات ، مرجع سابق ، ص ٥٧ –٥٨ .

وقد يضاف إلى طرق العلاج السابقة النشاطات التدريب وتعزيز صحة المجتمع (Health promotion)، وذلك تبعا لأهداف العلاج الأساسية لإمكاناته المتوفرة .

المبحث الثانى

مساهمة المستشفيات الحديثة في الوقاية والعلاج

المستشفى في المفهوم الحديث: مؤسسة اجتماعية تعمل على تقديم الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجى والوقائى للمواطنين، وتصل خدماتها الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المركزية، وهى أيضا مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية ولإجراء البحوث التطبيقية [١].

المستشفيات في العصر الحديث :

تعتبر الولايات المتحدة الأمريكية مركز الطب في العالم الحديث، ولذلك نأخذها كنموذج للتطور التاريخى لمستشفيات العصر الحديث. فلقد كانت المستشفيات في بدايتها تنشأ وتدار من قبل الكنائس، وكانت تؤوى المشردين وأصحاب الأمراض المستعصية، ففى عام ١٧٥١م أنشئ أول مستشفى في الولايات المتحدة وانتشرت المستشفيات، وبدأت تؤدى دورها العلاجى الفعال في القرن التاسع عشر الميلادى، باستخدام نتائج الاكتشافات

---

(١) المجالس القومية المتخصصة ، تقرير المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية ، الدورة ٢٠ ، مرجع سابق ، ص ٣٥

الطبية التي توالت في ذلك القرن، حيث أدى التطور الطبى إلى نمو المستشفيات وكبر حجمها (٢) .

- وخلال الفترة ١٨٧٣– ١٩٢٣م زاد عدد المستشفيات من ١٧٠ مستشفى إلى ٤٥٠٠ مستشفى معظمها مستشفيات عامة، وعقب الحرب العالمية الثانية، حدث تطور تقنى طبى هائل انعكس على المستشفيات وطور أدائها، وفى عام ١٩٦٥ بدأ تطبيق نظامى التأمين الحكومى بكبار السن، وللفقراء، ولقد ارتفع عدد مراجعى العيادات الخارجية والطوارئ في المستشفيات الأمريكية من ٦٥ مليونا في عام ١٩٥٤ إلى ١٨٠ مليوناً في عام ١٩٨٠، إلى أن بلغ العدد ٢٥٠ مليوناً عام ١٩٩٠م، وفى منتصف الثمانينات الميلادية أصبح في الولايات المتحدة الأمريكية (٧٥٠٠) مستشفى معظمها مستشفيات عامة، وكان للمستشفيات الحديثة تحولات علمية، وتكنولوجية متقدمة في علاج المرضى (٣).

صفات تتميز بها مستشفيات العصر الحديث: (١)

---

(٢) د. عبد الاله ساعاتى ، مبادئ إدارة المستشفيات ، ط١ ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، ١٤١٩ه – ١٩٩٨م ، ص ١٧ .

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٣٨

(٢) نفس المرجع السابق ، ص ٢٩ –٣٠

١- التركيز على العيادات الخارجية :

تتميز المستشفيات الحديثة بالتحول من التركيز على (التنويم)، إلى التركيز على العيادات الخارجية، إلى التركيز على ما يعرف بالرعاية المنزلية. (Home Health care) المتمثل في إيصال خدمات المستشفى إلى المريض في منزله .

٢- عمليات اليوم الواحد :

كما تتميز المستشفيات الحديثة باعتمادها على تقنيات إجرائية حديثة، من ضمنها التركيز على عمليات اليوم الواحد، والتي لا تتطلب بقاء المريض أكثر من يوم واحد بالمستشفى .

٣- عمليات المناظير :

من التقنيات الطبية الحديثة التي تستخدم بشكل واسع في المستشفيات العصرية، عمليات المناظير، والتي يعود تاريخها إلى عام ١٩٨٧، حيث تمت أول عمليات لاستئصال المرارة باستخدام المناظير في فرنسا، ثم اتسع استخدامها في مختلف دول العالم [٢].

٤- استخدام الليزر :

وفى إطار استخدام التقنيات المتطورة، ينتشر في المستشفيات الحديثة استخدام الليزر.

٥- استخدام الطب الإتصالى :

يقوم المستشفى العصرى باستخدام الطب الاتصالى، الذي يعد خدمة طبية متطورة تمكن من تبادل الاستشارات الطبية في المؤسسات الطبية

---

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٢٩

المختلفة في مختلف العالم والتعرف على أحدث التقنيات الطبية والعمليات الجراحية بواسطة الفضائيات والأقمار الصناعية .

٦- المكينة البشرية :

تسيير مهام العمل الوظيفى، في مختلف أقسام المستشفى الحديث يتم باستخدام الحاسب الآلى (الكمبيوتر)،واستخدام ما يعرف بـ (النانوتكنولوجى) للكشف عن حجم ذرة الغبار الدقيقة لإجراء عمليات جراحية، ولمهاجمة وتدمير الخلايا السرطانية .

٧- معايير الجودة :

وذلك في ظل المناخ التنافسى بين المستشفيات .

٨- أساليب إدارية حديثة :

مثل هندسة المستشفيات، أو إعادة تصميم وصياغة المستشفيات بهدف الوصول إلى رضا المستفيدين .

٩- مواكبة التطورات الحديثة :

أصبحت المعلومات الطبية تتضاعف كل خمس سنوات، وأصبحت هناك حلول طبية للعديد من المشاكل المرضية التي لم يكن بمقدور الإنسان معالجتها، والمستشفى الحديث يواكب هذه التغيرات بيقظة وتفاعل .

هذه التقنيات للمستشفيات الحديثة تؤدى إلى :

إحداث خفض كبير في النفقات، وتقلل من تعرض المريض للمخدر، وتقلل من فترة معاناة الألم، وعودة المريض السريعة إلى عمله أو منزله، وتوفير الوقت، وجودة الخدمات الطبيـــة ويقـــول كلايتـــوف شـــيرمان[١]: المستشفى الحديث ليس مجرد موقع أو مبنى، بـــل هـــو مجموعـــة مـــن المعتقدات والممارسات في كيفية خدمة المريض، وفـــى كيفيـــة اســـتثمار وتحفيز العمل والإنتاج في كيفية إدارة المستشفى .

أنواع المستشفيات الحديثة [٢]:

١- المستشفى العام (أو ذو التخصصات المتعددة)

هو المستشفى الذي تتوافر فيه جميع الخدمات الإكلينيكية أو الطبية لمعالجة وتشخيص مختلف الحالات العامة .

٢- المستشفى التخصصى :

وهو المستشفى الذي يتوافر فيه خـــدمات إكلينيكيـــة متخصصـــة لمعالجة حالات مرضية معينة، أو لعلاج فئة معينة من أفراد المجتمع مثل: مستشفى الصحة النفسية، مستشفى العيون، ومستشفى الأطفال، ومستشفى أمراض النساء والتوليد، ومستشفى الأنف والأذن والحنجـــرة، ومستشـــفى الحميات.

٣- المستشفيات الخاصة:

وهى المستشفيات التي يمتلكها شخص أو شركة أو هيئـــة بهـــدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمة المقدمة .

---

(١) V: Clayton Sherman, creating the New American Hospital, (San Farrncisco : jossey-Bass publisher, ١٩٩٣). P.١٥ .

(٢) حسان محمد نذير ، إدارة المستشفيات ، مرجع سابق ، ص ٤٣ – ٤٨

وعلى ذلك فإن المستشفيات تقدم الخدمة العلاجية لمن يحتاجها، كما يقدم التعليم الصحي لطلاب الطب، والتمريض، والتخصصات الصحية الأخرى، كذلك يقدم تعليماً صحياً، مستمراً لجميع العاملين بالمستشفى، ويسهم في التثقيف الصحي للمجتمع، وكذلك يقوم بالدراسات والأبحاث الطبية التي تسهم في تحسين الوضع الصحي العام .(١)

والمستشفى مؤسسة تحتوى على جهاز طبى منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على آسرة للتنويم، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء، وخدمات التمريض المستمرة، وذلك لاعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين .(٢)

والمستشفى من منظور وظيفى جزء أساسى من تنظيم اجتماعى وطبى، تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين، وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية (٣).

---

(١) د. عبد الاله ساعاتى ، مبادئ إدارة المستشفيات ، ط١ ، دار الفكر العربى ، القاهرة ، ١٤١٩هـ – ١٩٩٨م ، ص ١٦

(٢) حسان محمد نذير ، مرجع سابق ، ص ٣٤

(٣) منظمة الصحة العالمية ، سلسلة التقارير الفنية رقم ٣٩٥ ، إدارة المستشفيات ،(جنيف سويسرا – منظمة الصحة العالمية ، ١٩٨٠) ،ص ٦

الفصل الثانى

أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي

إذا تتبعنا منهج الإسلام في الوقاية لوجدنا أنه أتجه لوقاية خمسة أشياء رئيسية في حياة الإنسان: الدين والنفس والعقل والنسل والمال، وهي التي يطلق عليها الفقهاء اسم (الضرورات الخمس) مما يعني أن الوقاية معلم أساسي من معالم التشريع الإسلامي. وقد شدد الإسلام في حماية هذه الضرورات ووقايتها من الأضرار التي تلحق بها ووضع لها ضوابط لوقايتها وعلى رأس هذه الضوابط القاعدة الفقهية: (دفع الضرر مقدم على جانب المنفعة) وهي كما نلاحظ قاعدة وقائية خالصة تلخص منهج الإسلام في الوقاية، وأن دفع الضر أهم وأولى من جلب المنفعة [(١)].

ويمكن تتبع هذه الأساليب في ثلاثة مباحث :

المبحث الأول: منهج الإسلام في الوقاية والعلاج .

المبحث الثانى: أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي .

المبحث الثالث: دراسة حالة (الطب الوقائى العلاجى) في الإسلام

---

(١) موقع شبكة الإنترنت بتاريخ ٧/٥/٢٠٠٤م

http://www.alwatan.com/graphics/٢٠٠١/ june/٢٢.٦/ head . otg..htm

المبحث الأول

منهج الإسلام في العلاج

المرض معرفا بال ونكرة، ورد ذكره في القرآن الكريم أربع عشرة مرة، والمريض خمس مرات، والمرضى خمس مرات كذلك، وفـى قولـه تعالى: ﴿وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ﴾ [سورة الشعراء:٨٠] رجوع أسباب العلاج إلى الله ﷻ برمته، وتفويض الأمر إليه كاملا [١] قال تعـالى: ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْءَانِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ ...﴾ [سورة الإسراء:٨٢] فالقرآن هو: الشفاء التام من جميع الأدواء القلبية والبدنية، وأدواء الدنيا والآخـرة [٢]ودعـوة العلماء للبحث عن أسباب الأمراض واكتشاف ما يجهلونـه مـن وسـائل العلاج، فليست كل الأدوية معلومة ولكن تكتشف بالتدريج، وروى احمد عن أبى مسعود رضي الله عنه عن النبى ﷺ " أن الله لم ينزل دواء إلا انزل له شفاء علمه من علمه وجهلة من جهلة "[٣] والأمراض التي لم يكتشف علاجهـا بعد هي ابتلاء من الله تعالى للعبد،فعلية أن يصبر ويحتسب ولـه الجنـة. وروى الشيخان عن ابن عباس رضي الله عنهما أن امرأة آتت النبى ﷺ فقالت: إنى اصرع وإنى أتكشف فادع الله لى قال: أن شئت صبرت ولـك الجنـة، وان شئت دعوت الله ﻷ أن يعافيك قالت: اصبر [٤].

---

(١) د. السيد الجميلى ، الأعجاز الطبى فى القرآن ، مرجع سابق ، ص ٣٠

(٢) أبى القيم الجوزية ، الطب النبوى ، مرجع سابق ص ٢٧٢

(٣) اخرجة ابن ابى الدنيا ، فى المرض والكفارات ، ج ١ ، ص ١٩٨ ، ح ٢٥٧

(٤) اخرجة ابن ابى الدنيا ، فى المرض والكفارات ، ج ١ ، ص ١٨٥ ، ح ٢٣٧

ومنهج الإسلام في العلاج الالتزام بالقواعد الشرعية ومن ذلك ما يلى[1]: -

أ- تجنب المحرمات في العلاج، والأصل في الأشياء الإباحة ما لم يرد نص بتحريمها، وقد روى أبو داود عن ابن مسعود ﷺ عن النبى ﷺ قال أن الله لم يجعل شفاءكم فيما حرم عليكم [2].

ب- الاهتداء بالتوجيهات الشرعية للإجراءات الطبية: فقد أرست الشريعة كثيرا من المبادئ التي تنظم المعاملات وتناولها بالتفصيل علم أصول الفقه، وكثير من هذه المبادئ يمكن تطبيقه في عملية العلاج، فقواعد المصلحة توضح أن الأصل في المنافع الإباحة، والأصل في المضار التحريم. كما تقوم قواعد تجنب الضرر على مبدأ (لا ضررولا ضرار) وبالمفاضلة بين المنفعة والضرر، يمكن استنباط رأى الشرع في الإجراءات العلاجية.

أما قواعد دفع الحرج ومراعاة الضرورة فتوضح الرخص الشرعية التي تبيح للطبيب والمريض من المحظورات بقدر الحاجة، أما قواعد الحقوق فتنظم الجوانب القانونية وأداب مهنة الطب، كل هذه القواعد تقوم على مبدأ العدل والإحسان، وتكسب الممارسة الطبية صبغة إسلامية متميزة.

---

(١) د. إبراهيم الصياد ، النظرية الطبية الإسلامية فى الوقاية والعلاج ، الكويت ، ٢٠٠١ ، ص ٤

(٢) اخرجة الحاكم ، فى مستدركة ، ج ٤ ، ص ٢٤٣ ، ح ٧٥٠٩ .

وفى الطب النبوى نجد أن الرسول الكريم ﷺ لم يكن طبيباً بالمعنى الذي نعرفه ألان، ولكنة كان رسولا جاء بتعاليم أنزلت عليه من السماء بآيات قرآنية، تتضمن الحرص على صلاح الناس، ولإصلاحهم في أجسامهم وعقولهم وحالاتهم الاجتماعية، وقد اعترف الرسول الكريم بالطب والأطباء، وحث المسلمين على الاستفادة بكل ما يساعد الإنسان على حفظ صحته وعافيته، وكانت أدوية الرسول الكريم مفردة لا مركبة، على ما كان يوصى به، وهو العدول عن الدواء المركب، إذا كان الحصول على الشفاء بالدواء المفرد [1]. وعن العلاج بالأدوية والمداخلات الطبية التي أمر بها رسول الله ﷺ فان العمل بها يتطلب الأيمان بكل ما جاء به رسول الله ﷺ ، حيث لا ينتفع من هذا المفهوم العلاجى، إلا من تلقاها بقبول حسن واعتقد الشفاء بها، فلم يوحى بها رسول الله ﷺ إلا بعد أن تلقاها بوحى من ربه تبارك وتعالى، وسوف نورد هنا على سبيل المثال ما جاء في المفهوم العلاجى للطب النبوى:

١- العلاج بالعسل: جاء في القرآن الكريم عن عسل النحل (.... يخرج من بطونها شراب مختلف ألوانه فيه شفاء للناس)[2]. وجاء المفهوم العلاجى للمداواة بالعسل في الحديث الصحيح عن أبى سعيد رضي الله عنه أن رجلا آتى النبى ﷺ وقال: ابن أخى يشتكى من بطنه فقال اسقه عسلا، ثم آتاه الثانية: فقال اسقه عسلا، ثم آتاه الثالثة فقال: اسقه عسلا، ثم آتاه الرجل فقال: فعلت ومازال .

---

(١) أبى قيم الجوزية ، الطب النبوى ، مرجع ساق ص ٢١٨.

(٢) سورة النحل ، الآية رقم ٦٩ .

فقال له الرسول ﷺ: صدق الله وكذب بطن أخيك، اسقه عسلا ، فسقاه فبرأ [٣].

ويريد رسول الله ﷺ بقوله: صدق الله قوله تعالى (فيه شفاء للناس) وعسل النحل أمر به رسول الله في الحديث لمداواة الإسهال بالمسهل، ولطرد الأخلاط الفاسدة من المعدة والأمعاء حسب أصول الطب الحديث [٤].

٢- العلاج بالحجامة: جاء في صحيح البخارى عن انس رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال:(أن امثل – أى افضل – ما تداويتم به الحجامة)[٣] والحجامة من انجح الطرق المعالجة سكان المناطق الحارة لان إخراج الدم إلى ظاهرة البدن يفيد كثيرا، ذلك لان الأمراض، أما أن تكون دموية أو غير دموية، فان كانت من القسم الأول فشفاؤها إخراج الدم بالحجامة من جزء مناسب من الجسم، كابتداء الإصابة بالفالج وضغط الدم نتيجة امتلاء الشرايين به وما ينجم عنه من احتقان بالمخ وغيرة [٤].

٣- العلاج بالحبة السوداء: ثبت في الصحيحين من حديث أبى سلمة، عن أبى هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: عليكم بهذه الحبة السوداء

---

(٣) أخرجة مسلم ، فى صحيحة ، ج ٤ ، ص ١٧٣٧ ، ح ٢٢١٧

(٤) د. السيد الجميلى ، الأعجاز الطبى فى القرآن ، مرجع سابق ، ص ١٩٧ .

(١) أخرجة الترمزى ، فى سننه ، ج ٤ ، ص ٣٨٨ ، ح ٢٠٤٧

(٢) موقع شبكة الإنترنت . " عودة الحجامة تهز عرش الطب العربى " ميادة الصباغ بتاريخ ٢٠٠٤/٥/٣
http://www. Islamonline. Net/ Arabic/ science/ ٢٠٠٠/٠٩/articles/article ٢. shtml

فان فيها شفاء من كل داءا إلا السام. قالوا يا رسول الله وما السام قـال: الموت. وتسمى في العديد من مجتمعات امتنا العربية (حبة البركة) وهى حبة تنبت في بلاد فارس ذات طعم حريف، ورائحة عطرية، وهـى تنبت كذلك بالهند وأفريقيا وصعيد مصر. وللحبة السوداء استعمالات طبية من الباطن والظاهر، فاستعمالاتها الباطنية أنها تفيد في النزلات الصدرية وهى مشعة للبلغم، وهى تحلل الأخلاط الضارة بالجسم وتفرزها إلـى الخـارج. وقيل أنها إذا شربت بماء وعسل فأنها تفتت الحصاة، وإذا مزجت بماء الشيح أخرجت الديدان من الأمعاء، ودخانها طارد للهوام. أما استعمالاتها من الظاهر فقد لوحظ أن مزجها مع غيرها من العقاقير يفيد فـي بعض الأمراض الجلدية وتحليل الأورام، وإذا ما نقعت في الخل يوما ثم سحقت واستنشقها المريض سعوطا أبرأت آلام الرأس [٥].

٤- علاج الحمى: ثبت في الصحيحين، عن نافع أبى عمر أن النبى ﷺ قال: (إنما الحمى أو شدة الحمى من فيح جهنم فابردوها بالماء) والطب النبوى عالج الحمى بمثل ما يعالجها العصريون والحكماء المتخصصون وهى الماء البارد، ولا يزال حتى اليوم نرى أطباء الحميات يضعون للحمومين حمامات الماء البارد – للقضاء على نوبات الحمى المصاحبة للالتهابات الرئوية أو الالتهابات المعوية. بل أن حالات الحميات عند اشتداد الحرارة تعالج بالماء بطريقتين: الأولى: من

(١) أبى قيم الجوزية ، الطب النبوى ، مرجع سابق ، ص ٢٢٩ .

الخارج على هيئة كمرات باردة أو مثلجة لغرض تهبيط وانزال درجة الحرارة، الثانية: تعاطى الماء بالفم بكثرة أثناء الحميات، يساعد جميع أعضاء الجسم – خصوصا الكليتين على النهوض بوظائفها الحيوية للجسم.

ونشير هنا أن الرسول الكريم ﷺ عنى بتثقيف أمته،ثقافة صحيحة تلقى تعاليمها من ربه، واستنبط بعضها من كنه الحياة وإدراك خصائص النفس، ومن ذلك التعرف إلى حاجة الجسد والنفس، والعلم بالوسائل المؤدية إلى حفظ التوازن بين حاجة الجسم وحاجة النفس، وإعطاء كل من عنصري الإنسان حقه .

وجاء الطب النبوي بأول مفهوم وقائي للحجر الصحي، بل أن رسول الله ﷺ أو من وضع قانون الحجر الصحي وسبق الطب النبوي بذلك الطب الحديث(١) ففي الصحيحين عن عاد بن سعد بن أبى وقاص عن أبيه، أنه سمعه يسأل أسامة بن زيد ماذا سمعت من رسول الله ﷺ في الطاعون ؟ فقال أسامة: قال رسول الله ﷺ" الطاعون رجز أرسل على طائفة بني إسرائيل، وعلى من كان قبلكم، فإذا سمعتم به بأرض فلا تدخلوا عليه، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها فراراً منه"(٢) ولو علمت أوربا بقانون الطب النبوي وعملت به حين اجتاحها الطاعون في أواسط القرن الرابع عشر الميلادي، لخفت حينئذ الخسائر التي منيت بها الأرواح، فقد قدر عدد الموتى الذين قضى عليهم هذا المرض ٢٥ مليون نسمة.

---

(٢) أ. معالي عبد الحميد جودة ،المفهوم الوقائي والمفهوم العلاجي في الطب النبوي ، جمهورية مصر العربية ، ٢٠٠١م ، ص ٣ .

(١) اخرجة مسلم ، فى صحيحة ، جـ ٤ ، ص ١٧٣٧ ، ح ٣٢١٨ .

والطاعون من حيث اللغة، نوع من الوباء، قاله صـــاحب الصـــحاح، وهو عند أهل الطب: ورم رديء قتال، يخرج منه تلهب شديد مؤلم جـــداً، يتجاوز المقدار في ذلك ويصير ما حوله في الأكثر أسود أو أخضر، ويؤول أمره إلى التقرح سريعاً، وفي الأكثر يحدث في ثلاثة مواضع: فـــي الإبـــط وخلف الأذن والأرنبة، في اللحوم الرخوة [١].

وبلغة أهل الطب، بأن المفهوم الوقائي في حديث النبـــي ﷺ عـــن الطاعون هو ما يتبع الآن في الوقاية من الطاعون، فإذا أصيبت مدينة مـــا بهذا الوباء، أقيم حولها (حجر صحي) يمنع أي شخص من الخروج منهـــا، ويمنع دخول أي شخص إليها، ماعدا الأطباء ومعـــاونيهم، وبـــذلك يمنـــع المرض من الانتشار خارج هذه المدينة، ويتم حصار الوباء في مكان واحد مما يسهل من مراقبة المصابين وعلاجهم .

بل أن الطب النبوي لم يغفل المفهوم الوقائي بالنسبة للحيوان، وفـــي ذلك يقول النبي ﷺ " لا يوردن ممرض على مصح "[١] أي لا يورد صاحب الإبل المريضة على صاحب الإبل السليمة فيعدي مريضها ســـليمها، ولقـــد أشار الشاعر العربي إلى ذلك بقوله: (لا تربط الجرباء حول سليمة خوفـــاً على تلك السليمة تجرب) وقد عرفها رسول الله ﷺ العـــدوى ، وأوضـــح المفهوم الوقائي قبل اكتشاف الجراثيم وقبل أن يعرفها أطباء الشرق

---

(٢) أ. معالي عبد الحميد جودة ،المفهوم الوقائي والمفهوم العلاجي في الطب النبوي ، مرجـــع ســـابق ، ص ٣

(١) اخرجة الطمادى ، فى شرح معانى الآثار ، جـــ ٤ ، ص ٣٠٣ .

والغرب، قال رسول الله ﷺ .. " فر من المجذوم فرارك من الأسـد "[٢]، وفي هذا الحديث ما يوضح حرص الرسول العظيم ﷺ على مـا فـي أخطار العدوى، ومن الملفت للنظر في هذا الحديث النبوي أن هنـاك دوراً من أدوار مرض الجزام يبدو فيه المصاب بوجه ذي سـحنة تشـبه وجـه الأسد، ولذلك دعيت حديثاً (السحنة الأسدية)! [٣]

وكذلك رأينا من النبي الأمي ﷺ المنهج الوقائي في الطب النبوي، هذا المنهج الذي أرتكز أساساً على الدعوة إلى نظافة الجسم، وتأثير هـذه النظافة في الوقاية في كثير من الأمراض والالتهابـات، كمـا أن المـنهج الوقائي للطب النبوي قدم لنا ما يطلق عليه بلغة العصر الحديث الآن الحجر الصحي، قبل أن تعرفه البشرية كلها بمئات السينين.

وقال بعض السلف: جمع الله الطب كله في نصف آية ﴿...وَكُلُواْ وَاشْرَبُواْ وَلَا تُسْرِفُوٓاْ ...﴾ [سورة الأعراف:٣١] وهذا يعني الطب الوقائي.

---

(٢) خرجة البخارى ، فى صحيحة ، جـ ٥ ، ص ٢١٥٩ ، ح ٥٣٨٠ .

(٣) أ. معالي عبد الحميد جودة ،المفهوم الوقائي والمفهوم العلاجي في الطب النبوي ، مرجـع سـابق ، ص ٣

المبحث الثانى

من أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي (١):-

أولا: وجوب الطهارة للبدن والثوب والمكان.

ثانيا: إماطة الأذى عن الطريق والتجمعات العامة .

ثالثاً: التربية الذهنية والجسدية والصحة النفسية .

رابعا: التغذية والعناية بالجهاز الهضمي.

خامساً: التربية البدنية وتقوية الجسم .

سادساً: التداوي في حالة المرض .

أولا: وجوب الطهارة للبدن والثوب والمكان

لقد أمر الإسلام بالنظافة وأعتبرها من الإيمان، فنص على نظافة الناس في أجسامهم وملابسهم وعاداتهم، وعلى نظافة الشوارع والبيوت ونظافة الطعام والشراب، ونظافة الشواطئ وموارد المياه ... ولن تكفينا هذه العجالة لسرد كافة تعاليم الإسلام في النظافة ولسوف نوجز هنا بعض هذه المجالات :-

(١) د. محمد عبد المنعم عفر ، التنمية والتخطيط وتقويم المشروعات في الاقتصاد الإسلامي ، مرجع سابق، ص ١٣٢- ١٣٧ .

فقد أمر الإسلام (بالغسل) أي الاستحمام قال تعالى: ﴿يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓاْ إِذَا قُمۡتُمۡ إِلَى ٱلصَّلَوٰةِ فَٱغۡسِلُواْ وُجُوهَكُمۡ وَأَيۡدِيَكُمۡ إِلَى ٱلۡمَرَافِقِ وَٱمۡسَحُواْ بِرُءُوسِكُمۡ وَأَرۡجُلَكُمۡ إِلَى ٱلۡكَعۡبَيۡنِۚ وَإِن كُنتُمۡ جُنُبٗا فَٱطَّهَّرُواْۚ وَإِن كُنتُم مَّرۡضَىٰٓ أَوۡ عَلَىٰ سَفَرٍ أَوۡ جَآءَ أَحَدٞ مِّنكُم مِّنَ ٱلۡغَآئِطِ أَوۡ لَٰمَسۡتُمُ ٱلنِّسَآءَ فَلَمۡ تَجِدُواْ مَآءٗ فَتَيَمَّمُواْ صَعِيدٗا طَيِّبٗا فَٱمۡسَحُواْ بِوُجُوهِكُمۡ وَأَيۡدِيكُم مِّنۡهُۚ مَا يُرِيدُ ٱللَّهُ لِيَجۡعَلَ عَلَيۡكُم مِّنۡ حَرَجٖ وَلَٰكِن يُرِيدُ لِيُطَهِّرَكُمۡ وَلِيُتِمَّ نِعۡمَتَهُۥ عَلَيۡكُمۡ لَعَلَّكُمۡ تَشۡكُرُونَ ٦﴾ [سورة المائدة:٦] .

وقد حفل التشريع الإسلامي بالكثير من الأحكام المتعلقة بوقاية الفرد المجتمع من الأمراض المختلفة نجملها في النقاط الآتية [١]:-

الوقاية بالعبادة والوقاية بالطهارة والوقاية بالحض على العادات الحسنة والوقاية بتحريم الخبائث والوقاية بالعزل الصحي والحجر الصحي والوقاية بالتداوي .

وفي نظافة الأيدي قال رسول الله ﷺ (أغسل يديك قبل الأكل وبعده)[٢] وقال رسول الله ﷺ " إذا قام أحدكم من نومه فليغسل يديه فلا يدري أحدكم أين باتت يداه "[٣]، وكذلك نظافة الأبدان (في الجمع والأعياد... الخ) ومنعاً لانتقال الأذى والأمراض ومسبباتها ونظافة الثوب وأناقته قال تعالى : ﴿وَثِيَابَكَ فَطَهِّرۡ ٤ وَٱلرُّجۡزَ فَٱهۡجُرۡ ٥﴾ [سورة المدَّثر٤ :٥]

(١) د. محمد عبد المنعم عفر ، التنمية والتخطيط وتقويم المشروعات فى الإقتصاد الإسلامى ، مرجع سابق ص ١٣٥

(٢) اخرجة الطبرانى ، فى معجمه الأوسط ، ج ٧ ، ص ١٦٤ ، ح ٧١٦٦ .

(٣) اخرجة مسلم ، فى صحيحة ، ج ١ ، ص ٢٣٣ ، ح ٢٧٨ .

وقالﷺ " أحسنوا رداءكم وأصلحوا ركابكم"[٥] ونص علـــى نظافـــة الشراب والطعام فأمر بتغطية الآنية من الغبار والـــذباب قـــال رســـول ﷺ "غطوا الإناء وأوكؤا السقاء "[٦]

والأصل في العبادات أنها امتثال لأمر الله وعلينا أن نؤديها ســـواء أدركنا حكمتها ومغزاها أم لم ندرك.وقد عرف حتى الآن الكثير مـــن حكـــم الصلاة ولا يزال يكتشف يوما بعد يوم حكم أخرى للعبادات ولو تأملنا فـــي العبادات للاحظنا التالي: أنها عبادة عملية ليست مجرد أذكار يؤديها القلـــب واللسان بل يشارك فيها جميع الجسد وأنها تعمل على تقوية خلق المســـلم، وأنها فعل اجتماعي، فهي تحرض النفس البشرية على فعل الخير . الـــخ، ومن هنا يتبين لنا أن العبادات كاللقاحات تقـــي المســـلم مـــن الأمـــراض الاجتماعية والنفسية والعضوية، فالدعاء هو مخ العبادة والله يقول: ﴿... ٱدْعُونِىٓ أَسْتَجِبْ لَكُمْ...﴾ [سورة غافر:٦٠] فعلينا أن نتيقن أن المـــرض هـــو ابتلاء من الله يصيب به من يشاء وأن الله هو الشافي ومع ذلك يجـــب ألا نرسخ في أنفسنا أن كل ما هو مكتوب فهو أمر محتوم لابد من وقوعه ولا نستعد للقائه بل ندعو الله سراً وعلانية رخاء وشدة أن يهبنا الصحة ويقينا من كل سوء ولنا في رسول الله أسوة حسنة إذ ورد أنه لا يكف عن الدعاء لحظة ولا يفرط في الأخذ بأسباب عافيته مع تيقنه بأن دعـــاءه مســـتجاب، ومن الأدعية الواردة في هذا المجال " اللهم أهدني فيمن هديت وعافني

---

(٤) اخرجة الترمزى ، فى سننه ، ج ٥ ، ص ١١١ ، ح ٢٧٩٩ .

(٥) اخرجة مسلم ، فى صحيحة ، ج ٣ ، ص ١٥٩٤ ، ح ٢٠١٢ .

فيمن عافيت وتولني فيما توليت وبارك لي فيما أعطيت وقني شر ما قضيت فأنك تقضي بالحق ولا يقضى عليك أنه لا يزل من واليت تباركت ربنا وتعاليت)[١]

ثانياً: إماطة الأذى عن الطريق والتجمعات العامة والمتنزهات:

وجعل ذلك من شعب الإيمان التي يلتزم بها المسلم[٢] قال رسول اللهﷺ "الإيمان بضع وسبعون أو بضع وستون شعبة، فأفضلها قول لا أله ألا الله، وأدناها إماطة الأذى عن الطريق، والحياء شعبة من الإيمان" [٣] هذا بالإضافة إلى منع تلوث الطرق والحدائق العامة وأماكن الظل، وحث على نظافة البيوت والمساكن قال ﷺ " نظفوا أفنيتكم ودوركم " [١] وعلى نظافة الشوارع "أن تميط الأذى عن الطريق لك صدقة "[٢]، وحث على نظافة مصادر المياه: كالآبار والأنهار وعلى نظافة شواطئهم فمنع التبول أو التغوط فيها " اتقوا الملاعين الثلاث: التغوط في الموارد وفي الظل وفي الطريق"[٣]

---

(١)موقع شبكة الإنترنت بتاريخ ٢٠٠٤/٦/١٧م

http://www.alwatan.com/graphics/٢٠٠١/june/٢٢.٦/heads/otg.htm

(٢) محمد عبد المنعم عفر ، التنمية والتخطيط وتقويم المشروعات فى الاقتصاد الإسلامى ، مرجع سابق ، ص ١٣٦ .

(٣) اخرجة مسلم ، فى صحيحة ، ج ١ ، ص ٦٣ ، ح ٣٥ .

(١) سبق بخريجة

(٢) اخرجة البخارى ، فى الأبواب المفرد ، ج ١ ، ص ٣٠٧ ، ح ٨٩١ .

(٣) سبق تخريجه

ثالثاً: التربية الذهنية والصحة النفسية

وذلك بالمداومة على تقوى الله، وتفويض الأمر لـــه، مـــع الأخـــذ بالأسباب والتزام الأوامر واجتناب النواهي، وأن يظل القلب معلقـــاً بـــالله، واللسان حياً بذكره، والتسليم بقضائه وقدره، دون تراخ أو كسل، وأن مـــا أصاب الإنسان لم يكن ليخطئه وما أخطاءه لم يكن ليصيبه، فتقوى عزيمته ولا تنهار قواه. قال تعالى: ﴿ قُل لَّن يُصِيبَنَآ إِلَّا مَا كَتَبَ ٱللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَىٰنَا ۚ وَعَلَى ٱللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ ...﴾ [سورة التوبة:٥١].

ويعتبر التوتر العصبي من أخطر المشاكل فـــي القـــرن العشـــرين، وخاصة في دول أوربا. فكثير ما نسمع عن أصحاب ملايين انتحروا وعـــن أباء أو أمهات أصيبوا بلوثة عائلية مفاجئة فقتلوا أولادهم وأزواجهم وكـــل أهلهم. وفي أخف الحالات هناك الملايين من البشر الذين يعيشـــون علـــى المهدئات والمسكنات والمنومات لكي يستطيعوا ممارسة حياتهم اليوميـــة، ولا يرجع ذلك إلى الأسباب البدائية المعروفة كالفقر أو المرض أو الجهـــل. فهذه الشعوب تتمتع بالرخاء الزائد وبأعلى درجة من العلم والصحة، ولكن السبب هو ما يسمى الآن بالتوتر الحضـــاري، وقـــد أجـــرى الكثيـــر مـــن الدراسات حول أسبابه، واجتمعت الآراء على أنها تتلخص في الآتـــي(١):- طغيان المادية- الفراغ الروحي والعقائدي- انعدام الدافع الأخلاقي والوازع الديني- انعدام التراحم والتعاون في المجتمع الحديث- الرخاء الزائـــد دون هدف إنساني- ضجة المدنية. ولكن التربية الذهنية والصحة النفسية في

(١) محمد عبد المنعم عفر ، التنمية والتخطيط وتقويم المشروعات فى الاقتصاد الإسلامى ، مرجع ســـابق ، ص ١٣٦ .

الدين الإسلامي، أو في المجتمع الإسلامي تتلاحم فيها شئون الدين مع الدنيا، والحياة الدنيا مع الآخرة وإذا ما طبق الإسلام في عصرنا الحاضر تطبيقاً سليماً عن فهم ودراسة وعلم. لقضينا على جميع أسباب التوتر والعصبية، فالمجتمع الإسلامي يقوم على المحبة والتعاون والآمان والتراحم بين الناس والمجتمع الإسلامي يخلو من أسباب التوتر وبؤر الفساد كالخمر والقمار والزنا والمخدرات، والمجتمع الإسلامي .. يرفض اليأس والقنوط والانتحار ويحث على الصبر والإيمان والجهاد حتى النصر، ومثل هذه التعاليم الذهنية والفكرية والنفسية في هذا المجتمع لا يمكن أن تظهر فيه أسباب التوتر الحضاري .

والحج هو الركن الخامس من أركان الإسلام، وهو يعد دورة تدريبية وقائية يخرج الحاج منها وقد أكتسب خبرات نفسية وأخلاقية عالية تجعله أكثر استعداداً للعطاء وفعل الخير، والحج من جهة أخرى رياضة بدنية عالية يبذل فيها الحاج من الجهد ما لا يقل عن ما يبذله الرياضيون في الدورات العالمية، فيقطع الحاج الكيلو مترات أثناء أدائه مناسك الحج المختلفة باذلاً جهداً كبيراً يكسبه اللياقة بعد ذلك وتوفر له جانباً كبيراً من الوقاية.

رابعا: التغذية والعناية بالجهاز الهضمي :

يلتزم المسلم في غذائه وكسائه وسائر أوجه استهلاكه ما يلي [1]:-

أ- الاقتصاد في النفقة - يقول الله تعالى: ﴿... وَكُلُوا۟ وَٱشْرَبُوا۟ وَلَا تُسْرِفُوٓا۟ ۚ إِنَّهُۥ لَا يُحِبُّ ٱلْمُسْرِفِينَ ﴿٣١﴾﴾ [سورة الأعراف:٣١] .

ب- الاعتماد في طعامه على الطيبات من الرزق، فيقول تعالى: ﴿ فَكُلُوا۟ مِمَّا رَزَقَكُمُ ٱللَّهُ حَلَٰلًا طَيِّبًا وَٱشْكُرُوا۟ نِعْمَتَ ٱللَّهِ إِن كُنتُمْ إِيَّاهُ تَعْبُدُونَ ﴿١١٤﴾﴾ [سورة النحل:١١٤].

ج- اجتناب أسباب الضرر والمرض بالامتناع عن بعض المأكولات المسببة له ومن ذلك قوله تعالى: ﴿حُرِّمَتْ عَلَيْكُمُ ٱلْمَيْتَةُ وَٱلدَّمُ وَلَحْمُ ٱلْخِنزِيرِ وَمَآ أُهِلَّ لِغَيْرِ ٱللَّهِ بِهِۦ وَٱلْمُنْخَنِقَةُ وَٱلْمَوْقُوذَةُ وَٱلْمُتَرَدِّيَةُ وَٱلنَّطِيحَةُ وَمَآ أَكَلَ ٱلسَّبُعُ إِلَّا مَا ذَكَّيْتُمْ وَمَا ذُبِحَ عَلَى ٱلنُّصُبِ وَأَن تَسْتَقْسِمُوا۟ بِٱلْأَزْلَٰمِ ۚ ذَٰلِكُمْ فِسْقٌ ۗ ...﴾ [سورة المائدة:٣] **. ومنع المسكرات وغيرها مما يصيب الجسم بالضعف، ويجعله سهل الإصابة بالأمراض ضعيف المقاومة لها.**

د - نظافة اليدين والفم والأسنان: فمن آداب الطعام غسل اليدين والبسملة والآكل باليمن، كذلك فقد قال رسول الله ﷺ: " تسوكوا فإن السواك مطهرة للفم مرضاة للرب "[3] وقوله ﷺ: " لولا أن أشق على أمتي لأمرتهم بالسواك عند كل صلاة "[4] وعناية الإسلام

---

(١) د. محمد عبد المنعم عفر ، التنمية والتخطيط وتقويم المشروعات ، مرجع سابق ، ص ١٣٩.

(٢) سبق تخريجه .

(٣) اخرجة مسلم ، فى صحيحة ، ج ١ ، ص ٢٢٠ ، ح ٣٥٢ .

بالتوسط في الطعام منعاً للتخمة وأمراضها فيقول رسول الله ﷺ: " المؤمن يأكل في معي واحد، والكافر يأكل في سبعة أمعاء "[٥] رواه البخاري، وقوله أيضاً: " ما ملأ أبن أدم وعاء شراً من بطنه، بحسب أبن أدم لقيمات يقمن صلبه، فأن كان لابد فاعلاً، فثلث لطعامه، وثلث لشرابه، وثلث لنفسه "[٦] رواه أحمد والترميزي .

ه- اشتمال الغذاء على ما يجعله متوازناً غير ضار: وذلك لمنع أو تقليل أضرار الأغذية إلى حده الأدنى، إذ تختلف الأغذية وتركيبها ومكوناتها وآثارها على الجسم، لذا يراعى دائما عدم الاقتصار على طعام واحداً أو التركيز عليه، وأن يشمل الطعام على أغذية متنوعة لتعديل آثرها على الجسم .

أما الصيام: فهو ركن من أركان الإسلام وتتجلى فيه فائدة وقائية عظيمة للإنسان ومن أسرار الصوم التي اكتشفت ما يلي: - الصيام يعمل على تجديد حيوية الجسم إذ يؤدي إلى استهلاك الأغذية المخزونة في الجسم فإذا نفد هذا المخزون بسبب الصوم يبدأ الجسم باستهلاك بعض البروتينات المكونة للأعضاء وبخاصة الكبد والعضلات مما يؤدي إلى تحريض خلايا هذه الأعضاء وتنشيطها ودفعها إلى التجدد. ويذكر الدكتور آلان كوت[١] في " دراسة حول الصوم الطبي" "لقد وجدت في الصيام صحة

---

(١) اخرجة الدرامى ، فى سننه ، ج ٢ ، ص ١٣٥ ، ٢٠٤٠ .

(٢) سبق تخريجه.

(٣) د. آلان كوت، دراسة حول الصوم الطبي، النظام الغذائي الأمثل طـ١، إعداد فاروق آقبيق ، محمد حسن الحمصي، مؤسسة بيروت ، ١٤٠٢ هـ ، ١٩٨٢ ، ص ٢٣ .

تامة.. ونوعية جديدة من الحياة وشعوراً بالصفاء والسعادة، إنه لشيء يجهله بنوا البشر..." ويضيف " أن الصوم شيء ثمين جداً ينال بأرخص الكلف، وغالباً ما يبعث الحيوية والنشاط بصورة مباشرة وسريعة " وقبل ذلك فالصوم كله عبادة متميزة الأثر في النفس فهو يرقق النفس ويلطف الحواس، ويكسر الشهوة المنحرفة ويحد من دوافع الشر.

أما الزكاة: فيبرز أكبر أدوارها في أنها وقاية للجسم من الأمراض النفسية بشكل خاص، فالمرء عندما يقدم زكاة ماله فهو يشعر المحتاجين بأنه أخ لهم وواحد منهم. ويحقق الأمن الاجتماعي بين الطبقات القادرة مالياً والطبقات التي تحتاج إلى مساعدتها، فإذا تم ذلك فإن الأحقاد الاجتماعية التي توجد في بعض المجتمعات، لا تجد لها بيئة في المجتمع الذي يدين بالزكاة(٢) وهي ترقى بالنفس إلى مراقى الفلاح قال تعالى: ﴿خُذْ مِنْ أَمْوَالِهِمْ صَدَقَةً تُطَهِّرُهُمْ وَتُزَكِّيهِم بِهَا ...﴾ [سورة التوبة:١٠٣]، وهي ليست مجرد مال يدفع إلى الفقير من الغني، بل هي باب عريض وواسع كبركة تحل على المزكي والبلاد والناس .

خامساً: التربية البدنية وتقوية الجسم:

إذ يعمل الإسلام على تقوية أفراد المجتمع الإسلامي للقيام بأداء الواجبات تجاه النفس والأسرة والمجتمع. وسائر المجتمعات الإسلامية غير الحاجة إلى ذلك .

---

(١) د. محمد رأفت عثمان ، بعض وجوة الإعجاز التشريعي في القرآن الكريم " ندوة الإعجاز العلمي في القرآن الكريم ، (الذي نظمتها الجمعية الخيرية الإسلامية ٢٤فبراير ٢٠٠٣ - ٢٣ ذو الحجة ١٤٢٣هـ) ، دار السعادة الجديدة ، القاهرة ، ص ١١٦ .

وقد استطاعت تعاليم الإسلام في سنوات قليلة أن تغير كل شيء في حياة عرب الجزيرة البدو الرحل، وأن تجعل من هؤلاء الجهلة المتنافرين أعظم أمة عرفها التاريخ في شتى نواحي الحياة :(٤) اجتماعياً: أصبحوا مثلاً أعلى للوحدة والتعاون والتراحم وحسن الخلق، عسكرياً: أصبحوا مثلاً أعلى للشجاعة والانضباط العسكري وعبقرية التخطيط الحربي، واقتصادياً: أصبحوا من أغنى الأمم وأكثرها عدالة في التوزيع حتى كانت أموال الصدقات لا تجد من يحتاج إليها من فقراء المسلمين فترد إلى بيت المال، وفي مجال العلم: أيضاً أصبحوا في مقدمة عصرهم وفي كل علوم الدنيا كالطب والفلك والمعمار ... الخ. قال تعالى: ﴿وَأَعِدُّواْ لَهُم مَّا ٱسۡتَطَعۡتُم مِّن قُوَّةٍ ...﴾ [سورة الأنفال:٦٠]، وما هذا إلا أنهم أتبعوا أوامر دينهم فكانوا أشداء على أعدائهم، رحماء فيما بينهم. وما تميزوا به من صلابة أبدانهم وقوة أجسادهم وبذل أرواحهم ودمائهم وأموالهم في سبيل نصرة دينهم جهاداً في سبيل الله.

الصلاة: وهي عماد الدين وقد شدد الإسلام في المحافظة عليها وبالإضافة إلى أنها عبادة واجبة، وجد بالدراسات العلمية أن الجسم يستفيد استفادة عظيمة من الصلاة فالإنسان عندما يصلي ويؤدي أعمال الصلاة من ركوع وسجود وتعود وقيام ففي هذه الحالة تنشط الدورة الدموية في الجسم وتتحرك العضلات والمفاصل وترتاح الأعصاب المتوترة.

---

(٢) المفهوم الوقائى والمفهوم العلاجى فى الطب النبوى ، مرجع سابق ، ص ٤

وقد حكى أن أحد العلماء الغربيين كان يبحث عن هيئة للجسم تجعل الدم يصل بسهولة إلى معظم أجزاء الجسم وخصوصاً الدماغ فلم يجد حتى وجد رجلاً يصلي وكان على هيئة السجود فقال الطبيب وجدتها فلما أجرى دراسات وجد بالفعل أن السجود هو أنسب هيئة[٢] والآن بدأت بعض الشركات والمصانع تدرك هذه الحقيقة فبدأت تفرض على موظفيها فترات من الراحة خلال ساعات العمل يغادرون منها أماكن عملهم إلى صالات مخصصة لممارسة بعض الرياضيات الخفيفة التي تساعد الجسم على استعادة حيويته ونشاطه، وهكذا فإن الصلاة تساعد الحسم ليحافظ على رشاقته ولياقته إضافة إلى أنها تقي من وساوس الشيطان قال تعالى : ﴿... إِنَّ ٱلصَّلَوٰةَ تَنْهَىٰ عَنِ ٱلْفَحْشَآءِ وَٱلْمُنكَرِ...﴾ [سورة العنكبوت:٤٥] .

سادساً: التداوي في حالة المرض :

وذلك باتخاذ الإجراءات الاحتياطية اللازمة لمنع انتشار المرض، فقد قال رسول الله ﷺ: "أن الله لم ينزل داء إلا أنزل له شفاء فتداووا"[١]

وقد وضع الإسلام قواعد للتداوي بالإفادة من الأدوية الروحية والأدوية المادية، وبين أنه ليس في ذلك ما يتنافى مع التوكل المطلوب من المسلم على خالقه، شأنه في ذلك شأن دفع الجوع والعطش بالأكل والشرب، وتجنب المهلكات والدعاء وطلب العافية، ودفع المضار وغير ذلك، كما أن قول الرسول ﷺ بأن الداء له شفاء تقوية لنفس المريض والطبيب، وحث على طلب الدواء فإن المريض إذا أستشعر أن لدائه دواء

---

(١) معالى عبد الحميد جودة ، المفهوم الوقائى والمفهوم العلاجى فى الطب النبوى ، مرجع سابق ،ص ٥

(١) أخرجة النسائى ، فى سننه الكبرى ، ج ٤ ، ص ١٩٤ ، ح ٦٨٦٣

تعلق قلبه بالرجاء وترك اليأس وقويت نفسه على المرض، كمـــا أن الطبيب أيضاً يعلمه أن للداء دواء يبحث عنه أن لم يكن يعلمه. كذلك يقول الرسول ﷺ :" المؤمن القوي خير واحب إلى الله من المؤمن الضعيف "[(٢)]، ويقول ﷺ: أن لنفسك عليك حــقاً وأن لزوجك عليك حـــــقاً، وأن لعينـــك عليك حــقاٌ، فأعط كل ذي حق حقه "[(٣)] وذلك عناية بالصحة واهتماماً بأداء الواجبات وتوصيل الحقوق لأصحابها.

هذا فضلاً عن العناية بالمريض ورفع الحرج عنه، وتخفيف بعــض الأحكام عليه. مثل التيمم بدلاً من الغسل والوضوء، والصلاة قاعداً أو راقداً بدلاً من القيام، وجواز الفطر في شهر الصيام، وعدم الخروج للحج والجهاد ....إلى غير ذلك. رعاية له ولظروفه حتى لا يرهــق نفســه ويتعــرض لمضاعفات المرض .

---

(٢) أخرجة مسلم ، فى صحيحة ، ج ٤ ، ص ٢٠٥٣ ، ح ٢٦٦٤

(٣) أخرجة البخارى ، فى صحيحه ، ج ٥ ، ص ٢٢٧٢ ، ح ٥٧٨٣

المبحث الثالث

دراسة حالة (الطب الوقائي والعلاجي) في الإسلام

للطب الوقائي ارتباط وثيق بثقافة المجتمع ودينه، والتعاليم الإسلامية غنية بالقيم الوقائية - في كيفية الاستفادة من السيطرة على الكثير من الأمراض السارية عن طريق البراز والهواء والماء، وأن بعض هذه الأمراض يشكل خطراً صحياً في مناطق مختلفة من العالم، بما في ذلك بعض الدول الإسلامية نتيجة لإهمال المسلمين لبعض دقائق أمر دينهم، ولن يتحقق ذلك بتطبيق هذا المنهج الوقائي العلاجي في الإسلام وذلك(١) -:

١- السيطرة على بعض الأمراض الناتجة عن البراز .

٢- التحكم في الأمراض التي تنتقل عن طريق الهواء .

٣- التحكم في الأمراض المنتقلة عن طريق الماء .

أولاً: السيطرة على بعض الأمراض الناتجة عن البراز :-

يعتبر تناول الأطعمة الملوثة من أهم وسائل انتقال الأمراض كالتيفويد، والزهار، وشلل الأطفال والتهاب الكبد الفيروسي ونحوها، حيث تنتقل جراثيم المرض من براز المريض أو حامل المرض إلى الإنسان المعرض للإصابة .

---

(١) د. عادل أحمد الباز ، د. حنف ليو ، الطب الوقائي في الإسلام ، تطبيق التعاليم الإسلامية المتعلقة بالتحكم في بعض الأمراض السارية ، المملكة العربية السعودية ، ٢٠٠١م ، ص ٣ .

أن انتقال الجراثيم من براز المصاب إلى الآخرين عن طريق اليد أو الآنية ونسبة حدوث ذلك تعتمد اعتماداً كبيراً على مستوى نظافة البيئة وتطورها، ومتى تطورت وسائل النظافة والتثقيف الصحي أمكن خفض نسبة حدوث هذه الأمراض(٢).

- ويحث الإسلام على استخدام اليد اليسرى لغسل السبيلين مع إبقاء اليد اليمنى نظيفة للوضوء والأكل، ففي الحديث عن عمر بن سلمة – رضي الله عنه :– قال: كنت طفلاً في حجر رسول الله ﷺ وكانت يدي تطيش في الصفحة فقال لي رسول الله ﷺ :" يا غلام سم الله وكل بيمينك وكل مما يليك" (٣). وعن عائشة رضي الله عنها قالت: " كانت يد رسول الله ﷺ اليمنى لطهورة وطعامه واليسرى لخلافه وما كان من أذى". أن هذا النظام يضمن نظافة اليد اليمنى من البراز في حين يمنع الأكل باليد اليسرى، وبذلك يقلل من نسبة انتقال الجراثيم الموجودة في البراز إلى الفم عن طريق اليد.
- أن المناطق الباردة الرطبة وذات الظل تعتبر جواً ملائماً لنمو أغلب أنواع البكتريا وبويضات الديدان، ويساعد في ذلك خلوها من تأثير الأشعة فوق البنفسجية القاتلة للجراثيم والبويضات فعلى سبيل المثال: ثبت أن بويضات دودة الإسكارس يمكن أن تعيش في هذه الأجواء لمدة عامين مع بقائها معدية. وبما أن البول والبراز يعتبران من مصادر

---

(١) د. محمود جاد عبد الرحمن ، هدى الإسلام فى الطب الحديث ، (دراسة مقارنة وبرامج صحية وقائية إسلامية) ، دار المعرفة ، الجامعية ، الإسكندرية ، ١٩٩٧م ، ص ٥٧ .

(٢) اخرجة البخارى ، فى صحيحة ، ج ٥ ، ص ٢٠٥٦ ، ح ٥٠٦١ .

هذه الجراثيم والديدان، لذا ينصح بعدم التبول والتبرز في الظل " كظل الشجرة والنباتات ونحوها "، وقد أمر بذلك رسول الله ﷺ قبل العلم الحديث بألف وأربعمائة سنة[1]، حيث روى أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله ﷺ: " اتقوا اللاعنين، فقالوا وما اللاعنين ؟ قال " الذي يتخلى في طريق الناس وظلهم" [2] والتخلي هو(التبول والتبرز).

أن الكثير من الديدان فالانكلستوما والسترنفولايد ونحوها تصيب الإنسان عن طريق اختراق جلد القدم، ويحصل ذلك عادة إذا ما سار الإنسان حافيا خصوصاً في الطرقات العامة وأماكن الظل ومصادر المياه كالعيون وغيرها، فالتبول والتبرز في هذه المناطق وسير الإنسان حافياً فيها يعطي هذه الديدان فرصة أكبر لاختراق أخمص القدم وحصول المرض، ولقد وضح الإسلام قواعد كفيلة بالسيطرة على هذه المشكلة، حيث نهى عن البول والبراز في طريق الناس وظلهم، وفي نفس الوقت حث على لبس النعال، حيث روي جابر قال: سمعت رسول الله ﷺ يقول في غزوة "غزوناها" استكثروا من النعال، فإن الرجل ما يزال راكب ما انتعل" [3] رواه مسلم، قال النووي في شرح هذا الحديث: معناه أنه شبه الراكب في خفة المشقة عليه، وقله تعبه وسلامة رجله مما يعرض لها في الطريق من خشونة وشوك وأذى ونحو ذلك .

---

(٣) د. عادل أحمد الباز ، د. حنف ليو ، الطب الوقائي في الإسلام ، مرجع سابق ، ص ٣ .

(١) سبق تخريجة .

(٢) اخرجة مسلم ، فى صحيحة ، ج ٣ ، ص ١٦٦٠ ، ح ٢٠٩٦ .

ثانياً:- التحكم في الأمراض التي تنتقل عن طريق الهواء :

أن نفخ الرذاذ وزفرة يؤدي إلى انتقال كثير من الأمراض المعدية كالإنفلونزا القوباء (الهربز البسيط) شلل الأطفال والنكاف والحصبة الألمانية والرشاح والتهاب الحلق والحنجرة والسل وغيرها من الأمراض ، خاصة الفيروسية، ولذلك فإنه ينصح بعدم النفخ والتنفس في آنية الأكل والشرب، كما يستحسن تغطية الوجه أثناء العطاس والتثاؤب، ولقد وجه الإسلام إتباعه إلى هذه الوسائل الوقائية منذ أيام الرسول ﷺ وحتى قيام الساعة[1] فعن عبد الله بن عباس - رضي الله عنه - نهى رسول الله ﷺ أن يتنفس في الإناء أو ينفخ فيه، وفي الحديث أن النبي ﷺ نهى عن النفخ في الشراب فقال رجل: القذاه آراها في الإناء ؟ قال أخرقها، قال: فإني لا أروى من نفس واحدة قال: فأين القدح إذا عن فيك "[2]. أن الحوار بين رسول الله ﷺ وهذا الصحابي وإصراره على عدم النفخ في الشراب يجعل الأمر في حكم الواجب وبين ادراكه لخطورة ذلك الأمر الذي لم يكن واضحاً لصاحبه في ذلك الوقت.

- أنه بأتباع التوجيهات الإسلامية يمكن التحكم في الكثير من الأمراض السارية والوقاية منها، ونتيجة لإهمال بعض المسلمين لهذه التعاليم القيمة، انتشرت بعض الأمراض في أوساطهم (حتى استوطن بعضها) مع إمكانية التحكم فيها والوقاية منها وهذه بعض الأمثلة :-

---

(١) د. محمود جاد عبد الرحمن ، هدى الاسلام فى الطب الحديث ، مرجع سابق ، ص ٦١ .

(٢) اخرجة ابن حنبل ، فى مسندة ، ج ٣ ، ص ٢٦ ، ح ١١٢١٩ .

- يعتبر الدرن من الأمراض الشائعة في بعض الدول الإسلامية (وهو ينتقل عن طريق الهواء). وقد أجرى الدكتوران أحمد الحسن، وتاج الدين دراسة على درن الأمعاء في السودان، وجد أن السبب الرئيسي لدرن الأمعاء في السودان هو جرثومة الدرن الإنسانية، بعكس ما هو معروف علمياً من أن السبب هو الجرثومة الدرنية البقرية، ويعتقد الباحثان أن تفسير ذلك هو العادة المتبعة في خض اللبن وصنع الزبد منه، حيث يتم ملء القربة إلى نصفها باللبن ثم تنفخ المرأة (والتي قد تكون مصابة بدرن الصدر) بفمها في القربة تملئ النصف الآخر بالهواء، ثم تبدأ خض اللبن وتفصل الزبد ويشرب اللبن (الرايب) بدون غلي أو تسخين، وبالتالي ينتقل المرض من صدر المرأة إلى أمعاء الأخرين، وتنتشر هذه العادة في كثير من بلاد المسلمين مع أنه نهي عنها شرعاً.[٣] .

وبالنسبة للعطاس والتثاؤب جاء في الحديث:"عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ: كان إذا عطس غطى وجهه بيديه أو بثوبه وغض بها صوته" [١] وعن أبي سعيد الخدرى رضي الله عنه قال: قال رسول الله ﷺ "إذا تثاءب أحدكم فليضع يده على فيه " رواه مسلم[٢]

---

(١) حسن خليل محمد ،الوقاية خير من العلاج ، مجلة الرابطة ، السعودية ، يونيو ١٩٨٨م ، ص ٤٨

(٢) اخرجة الترمزى ، فى سننه ، ج ٥ ، ص ٨٦ ، ح ٢٧٤٥ .

(٣) اخرجة ابن يعلى ، فى مسندة ، ج ١٢ ، ص ٣٢ ، ح ٦٦٧٩ .

ثالثاً:- التحكم في الأمراض المنتقلة عن طريق الماء :

يعتبر الماء الراكد جواً ملائماً لنمو الكثير من البكتريا كالكوليرا والسالمونيلا والشملا والبتوسبايرا وغيرها[٣].

وأن دورة حياة البلهارسيا من المستحيل تكاثر هذا الطفيل في أي بيئة أو وطن أن لم يكن تبول أو تبرز في الماء، ولذلك كان النهي عن التبول والتبرز هو مجامع الوقاية جمعت في كلمات معدودات لها مقامات ومعالم الطب الوقائي في عصرنا الحديث[٤] .

والتعاليم الإسلامية العام منها والخاص تسهم في الحد من هذه المشكلة، فالقرآن والحديث مليئان بالتوجهات العامة التي حث عليها رسول الله ﷺ. قال :" لا يبولن أحدكم في الماء الدائم الذي لا يجري ثم يغتسل فيه" متفق عليه[٥] .

- تستوطن البلهارسيا (وهي مرض ينتشر عن طريق الماء الملوث) في مصر والسودان وبعض الدول المدارية، ففي مصر وحدها يوجد أربع عشرة مليوناً حالة بلهارسيا.
- تكثر الإصابة بالانكلستوما والديدان المستديرة وغيرها في المناطق المدارية ومنها دول إسلامية، وتؤدي عادة التبول والتبرز في الطرقات العامة والظل ومصادر المياه إلى زيادة نسبة الإصابة خصوصاً مع انتشار الحفا، علماً بأن هذه العادات منهي عنها شرعاً، ويأثم المسلم إذا فعلها .

---

(٤) عبد الحى محمود حسن صالح ، الصحة العامة وصحة المجتمع ، مرجع سابق ، ص ١٠٦ .

(٥) حسن خليل محمد ، الوقاية خير من العلاج ، مجلة الرابطة ، السعودية ، يونيو ١٩٨٨م ، ص ٤٨ .

(٦) متفق عليه .

أن نظافة الماء أمر في غاية الأهمية في الطب الحديث، ولقد حثت الأحاديث على ذلك، ففي الحديث: نهى رسول الله ﷺ: عن النفخ في الشراب فقال رجل: القذاه أراها في الإناء، قال: أهرقها "(٦) .

وفي الحديث يؤكد لنا أهمية نظافة الماء وذلك :-

١- بتذكيرنا بخطورة نفخ الرذاذ في الماء .

٢- بالأمر بأهراق القذاه وهي القشة الصغيرة من الوسخ .

وفي الختام قد يقول قائل بأن هذا ليس بجديد فكل هذه الأوامر معروفة للطب الوقائي الحديث، وللإجابة نقول أن هذه الدراسة أثبتت ما يلي:

١- هذه التوجيهات التي عرفها الطب مؤخراً، أمر بها الإسلام منذ أكثر من ألف وأربعمائة عام، وجعلها جزء من الدين .

٢- يحث الدين الإسلامي على النظافة .

٣- يجهل الكثير من المسلمين هذه التعاليم، ولذا فهم يعانون من هذه الأمراض .

أوجه الاتفاق والاختلاف للوقاية والعلاج بين الاقتصاد الإسلامي والاقتصاد الوضعي:

---

(١) حسن خليل محمد ، الوقاية خير من العلاج ، مرجع سابق ، ص ٤٨ .

تكتشف البشرية حقائق علمية وطيبه جديدة كل يوم، ولقد شهدنا كثيراً من تلك المعجزات العلمية يرد ذكرها في القرآن الكريم منذ أكثر من أربعة عشر قرناً:

﴿ سَنُرِيهِمْ ءَايَٰتِنَا فِى ٱلْءَافَاقِ وَفِىٓ أَنفُسِهِمْ حَتَّىٰ يَتَبَيَّنَ لَهُمْ أَنَّهُ ٱلْحَقُّ ... ﴾ [سورة فُصِّلَت:٥٣].

١- الطب الإسلامي شامل، يهتم بالجسد والروح، بالفرد والمجتمع على السواء، تعاليمه وممارساته تصب في منحنى الحفاظ على أخلاقيات المجتمع والأسريه وتقويتها.

٢- ويؤكد الإسلام أن لكل داء دواء يستطب به، وأن على البشر أن يسعوا لاكتشاف كل داء أو مرض، وعليهم ألا ييأسوا، وكل اكتشاف علمي يحافظ على الصحة وصالح الإنسان، يعدوا عملاً طيباً صالحاً من وجهة نظر الإسلام، شريطة ألا يتعارض مع المفاهيم والمبادئ الإسلامية .

٣- كما نلاحظ التكلفة العالية للطب الحديث أصبحت ترهق اقتصاد كثير من البلدان النامية وتجعله بعيدا عن متناول الكثير من سكان العالم. وذلك عندما تحول الطب في العالم الغربى إلى تجارة على أيدى شركات الأدوية والأجهزة الطبية الحديثة. ومن المنطلق الرأسمالى الذي يحكم اقتصاديات تلك الدول. حول حاجة المريض للعلاج إلى سلعة ممكن أن تحقق الأرباح الطائلة بصرف النظر عن البعد الإنسانى للأمور. وان في اتباع منهج الإسلام ذلك المنهج الربانى نجاه للمسلمين من الفقر والجهل والمرض، وفى فعالية الشفاء التام. والوقاية من الأمراض والعلل والسقم، وما هو إلا اتباع لينال الناس السعادة في الدنيا والفوز في الآخرة.

ومما يؤسف له حقا أن معظم أبناء المسلمين ــ أن لم يكن كلهم يتلقون العلم حالياً عن مؤلفات غربية تنسب الفضل كله إلى علماء من غير العرب [1]، وهم يجهلون تماماً تراث الحضارة العربية، وأنها المصدر الذي تلقى منه الغرب أصول العلوم جميعا .

(١) د. أمنه صبرى مراد ، لمحات من تاريخ الطب القديم ، مرجع سابق ، ص ٢٨٥ .

الفصل الثالث

أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي في مجال التطبيق المؤسسات العلاجية في الحضارة الإسلامية (البيمارستانات)

عنى الإسلام بصحة الأبدان، وحث على الاستشفاء ومعالجة الأمراض، وكان من مظاهر ذلك في الحضارة الإسلامية، الحرص على إنشاء البيمارستانات أو المستشفيات، والعناية بتزويدها بكل ما يلزمها من أطباء وأدوات طبية وغير ذلك .

ولقد أبدت الحضارة الإسلامية اهتماماً كبيراً بالبيمارستانات عبر التاريخ، وكان أول ما شيد منها في دمشق زمن الأمويين، وبعد ذلك تطورت وتكاثرت في العهد العباسى، فشيد عدد كبير منها في بغداد، والقاهرة، ودمشق، وغيرها من العواصم الإسلامية والمدن الكبرى[١]. كما اتسمت بالتنظيم الدقيق والكفاءة وجودة الخدمة، وكانوا يبالغون في عنايتهم باختيار المكان الصحي الملائم، الذي يصلح لإقامة بيمارستان عليه، حيث كان يقام في أحسن الأماكن موقعاً، وبجوار المياه الجارية من الأنهار أو البحار، حيث الخضرة وجمال الطبيعة، وكانت قاعاتها واسعة حسنة البناء،

---

(١) د. حسن الباشا ، مدخل إلى العمارة والفنون الإسلامية ، مطابع معهد الدراسات الإسلامية ، القاهرة ، ١٩٩٩، ص ١٥١

وقد توفرت فيها كل أسباب الراحة والرفاهية، وذلك من حيث الأسرة الناعمة، والحمامات الفخمة، والخدمات عالية الجودة، ومن المعلوم أن هذا البيمارستان على غناها ورفاهيتها، كانت تفتح أبوابها للفقراء، ولكل أبناء الشعب مجانا، دون تمييز من السلطان إلى من دونه[٢] .

وكان البيمارستان مثالاً للجانب الأخلاقى والإنسانى والحياتى، الذي ينطوى عليه الإسلام، وما كانت تمتاز به من شمول الثقافة الطبية الإسلامية، من الناحيتين النظرية والعملية، ومن السياسات الطبية التي يتبعونها في إنشائها كمدارس لتعليم الطب، وتطبيب المرضى، وتمرين للطلاب، وكان المستشفى يقسم على أساس علمى طبى إلى أجنحة منفصلة فكان قسم للرجال، وقسم للنساء، ثم أقسام الأمراض: قسم أمراض النساء، وقسم أمراض العيون، قسم للجراحة، قسم معالجة الحمى وغيرها، ثم قسماً خاصاً لمعالجة الحالات الطارئة، وكان بالبيمارستان، سجلات وتقارير طبية للمرضى، ومكتبة طبية، حيث كان المستشفى يقوم بدور التعليم أيضاً، من خلال المكتبة، والسجلات، والتقارير الطبية [١] .

ويعتبر أول مستشفى ثابت في الإسلام، هي الخيمة التي أقامها الرسول ﷺ في غزوة الخندق، وهى خيمة لعلاج المرضى والجرحى المصابين في الغزوات، وفى رواية، أنها خيمة "رفيده " التي كانت في

---

(١) د. سعيد عبد الفتاح عاشور ، حضارة الإسلام ، مرجع سابق ، ص ٦٦ .

(٢) أ. حنيفة الخطيب ، الطب عند العرب ، مرجع سابق ، ص ١٩٨ – ٢٠٠ .

مسجد رسول الله ﷺ حيث كانت تعالج فيه المرضى، ومنهم سعد بن معاذ رضي الله عنه، حيث أمرها الرسول ﷺ أن تشرف على معالجته [٢].

كما أقام عبد الله بن الزبير خيمة لعلاج المرضى المصابين، وذلك في المسجد الحرام بعد أن أعلن خروجه على الدولة الأموية. وفى عام ٨٨ هـ أقام الخليفة الأموى الوليد بن عبد الملك أول مستشفى في الشام لإيواء وعلاج المرضى، كما أقام مستشفى للمجذوبين لأول مرة في التاريخ الإنسانى، وأعد لكل ضرير مرافقا، وجعل في بيمارستانه أطباء، وأجرى على المجذومين والعميان الأرزاق، وكان المريض يعالج بالمجان، وإذا دخل المريض البيمارستان تنزع ثيابه في غرفة الاستقبال، ويرتدى ملابس نظيفة، ويظل مقيماً في البيمارستان للعلاج، وإذا شفى من مرضه، تقدم له فروج، وإذا أكله اطمئن الطبيب المعالج على شفائه، ويسمح له بمغادرة المستشفى[٣].

ويذهب بعض المؤرخين إلى القول بأن أول من وضع بيمارستانا في مصر هو أحمد بن طولون، ويذكر الكندى أن ذلك كان على عام ٢٥٩هـ/٨٧٢م بينما يقول البلوى أنه كان في عام ٢٦١هـ/٨٧٤ وقد أوقف أحمد بن طولون على البيمارستان وقوفاً للإنفاق من دخلها عليه، ووضع شروطا للعلاج داخل البيمارستان فهو للعامة ولا يعالج فيه جندى ولا مملوك والحق به حمامين أحدهما للرجال والأخر للنساء.

---

(٣) د. عصام الدين عبد الرؤوف الفقى ، تاريخ الفكر الإسلامى ، دار الفكر العربى ، القاهرة ، ٢٠٠١م ، ص ٣٦٧ .

(١) أ. حنيفة الخطيب ، الطب عند العرب ، مرجع سابق ، ص ٢٠٠

وفى سنة إحدى وستين ومائتين، بنى أحمد بن طولون المارستان، ولم يكن مثل ذلك بمصر مارستان، وقد انفق عليه ستون ألف دينار، وكان يركب بنفسه في كل يوم جمعة وينظر إلـى المرضـى، وسـائر الإعـلاء، والمحبوسين من المجانين، وقد كان أعظم هذه المارستانات بالقاهرة، كـان المارستان الكبير المنصورى الذي بناه الملك المنصور قلاوون سنة اثنـين وثمانين وستمائة هجرية(٢)

وإن نشأة البيمارستانات كمؤسسة طبية صحية تعليميـة، ووضـع اللوائح والتنظيمات لإدارته تقدم الدليل على أن المسـلمين اسـتطاعوا أن يحققوا درجة عالية في التنظيم والإدارة تتساوى مع ما نراه في كثير مـن المستشفيات والمؤسسات العلاجية في عصرنا الحديث.

وشهدت مصر أيضا نشأة البيمارستان المؤيدى وذلـك فـي عـام ٨٢١هـ ١٤١٨ م واستغرق بناؤه حتى عام ٨٢٣هـ / ١٤٢٠م ولكن لم يستمر في عمله سوى عام واحد تحول بعده إلـى دار لاسـتقبال الرسـل الورادين للسطان ثم تحول بعد ذلك على جامع رتـب لـه خطيـب وإمـام ومـؤذن، وأقـيم بـه منبـر وخطبـت بـه الجمعـة لأول مـرة عـام ٨٢٥هـ/١٤٢١م.(١)

---

(٢) د. بول غليونجى ، اسهام علماء المسلمين فى البحث العلمى فى مجال الطب ، مجلة اتحاد الجامعـات العربية ، الأردن ، عمان ، ١٩٩٤م ، ص ١٣٦ – ١٣٧ .

(١) د. فتحية النبراوى: تاريخ النظم فى الحضارة افسلامية ، دار الفكر العربـى القـاهرة، ١٤١٤هـ، ١٩٩٤ صـ٢٥٨

وإنشاء البيمارستانات على أية حال يعد خطوة هامــة فــي تطــور التعليم عند المسملين، وتطوره في مصر نموذجاً تطبيقياً يؤكد على عنايــة الدولة بصحة رعاياها، كما أنه من الملفت للنظر تطور الإدارة الإســلامية فيما يختص بالشئون الداخلية وانسحابا على إدارة البيمارستان المنصورى ليقدم دليلاً على كيفية إدارة البيمارستانات الإسلامية.

وكان للبيمارستان ناظر يتولى النظر العام لشئونه وأحوالــه ولــه مساعدوه فعلى الجانب الإدارى كان معــه أمــين البيمارســتان ومباشــر البيمارستان ،ومباشر للمطبخ، ومباشر لعمارة أوقاف البيمارستان، ومباشر لاستخراج مال الوقف الخاص به.

وعلى الجانب الطبى كان هناك كبيــر الأطبــاء يســاعده الأطبــاء المتخصصون في الجوانب المختلفة كالجراحة والحميات والرمد، والبطانية والنساء وغيرها وتناوب الأطباء في رعاية المرضى في أيام العطلات، فكان هناك الطبيب المناوب الذي يقوم بالعمل أيام الجمعة من كل أسبوع لاستقبال حالات الطوارئ التي قد تحدث خلال تلك الأيام.

وكان البيمارستان يضم أقساما متخصصة وزود بخزانة للشراب هي الصيدلية. والحق به أيضاً قسم تركب فيــه الأدويــة وتصــنع المعــاجين والأكحال كما خصص مكان لتوزيع الأدوية على المرضى.

وتأكيداً على أن البيمارستان كان مؤسســة تعليميــة زود بخزانــة للكتب تضم نفائس الأعمال والمؤلفات في الطب وغيرها لمن يريد من طلاب الطب أن يتزود بالعلم الدقيق المتخصص، والبيمارستان المنصــورى كــان مستشفى تعليميا إذ تؤكد المصادر أن رئيس الأطباء كان يجلس ليلقى

دروسا في الطب مما يدل أن على أن البيمارستان يستقبل طلبة الطلب ليدرسوه ويتعلموه على أيدى أطباء البيمارستان المنصورى.

وكان للبيمارستان ميزانية خاصة به، مصدرها الأوقاف التي أوقفت عليه، بالإضافة إلى مصروف يومى بلغ خمسمائة رطل يبدو أنها كانت عينية من مختلف الأطعمة هذا سوى السكر الذي كان يخصص يوميا للبيمارستان.

إدارة البيمارستانات:

وضع المسلمون نظاما لإدارة البيمارستان يمكننا إن نستنبطه مما كانت عليه إدارة البيمارستان المنصورى تلك الإدارة التي تنبئ عن فهم واضح لما يجب أن يكون عليه التنظيم الداخلى للبيمارستان باعتباره مؤسسة طبية للتداوى، ومؤسسة تعليمية لتدريس الطب وتخريج الأطباء.

كان للبيمارستان المنصورى رئيس الأطباء يساعده عدد من الأطباء المتخصصين وعدد من الموظفين الإداريين ومنهم أمين البيمارستان، ومباشرون للإدارة والمطبخ والعمارة بالإضافة إلى المشرفين على خزانة الشرب، الذين لابد وأن يكونوا متخصصين في الصيدلة وتركيب الأدوية،

وفى الجدول التالى يتضح لنا الهيكل الإدارى للبيمارستان.

الهيكل الإدارى الطبى	الهيكل الإدارى المعاون
١ – رئيس الأطباء. ٢ – الأطباء المتخصصون. ٣ – الطبيب المناوب.	١ – أمين البيمارستان. ٢ – المباشر (مباشر البيمارستان) ٣ – مباشر الإدارة. ٤ – مباشر المطبخ. ٥ – مباشرة العمارة. ٦ – مباشرة ا ستخراج الوقف.

أنواع البيمارستانات:

أولاً: المستشفيات الثابتة [١]: وتشمل :

١ – المستشفيات الكبيرة (البيمارستانات) لقد تميزت هذه المستشفيات بمواقعها المتميزة، والكثير منها أقيم على ضفاف نهرى دجلة والفرات، فشيد بيمارستان أم المقتدر على نهر دجلة عام ٣٠٦هـ وفى نفس العام شيد بيمارستان المقتدر على النهر نفسه، وعلى نهر دجلة أيضا شيد عضد الدولة البيمارستان العضدى في عام ٣١٧هـ، والبيمارستان النورى في دمشق عام ٥٤٩هـ، والمنصورى في القاهرة، وبنى من البيمارستانات، في مراكش، ومكة المكرمة، وتونس وغيرها في المدن العربية، أما سبل تمويل البيمارستانات فيتم عن طريق المقتدرين وما أوقف لها، وهناك أوقاف كثيرة مخصصة للنفقة على البيمارستانات .

---

(١) د. عبد الإله ساعاتى ، مبادئ إدارة المستشفيات ، مرجع سابق ، ص ١٤

٢- مستشفى المدرسة: اهتم المسلمون ببناء مستشفيات في المدارس الكبيرة، وذلك لتتولى علاج العاملين بالمدرسة، من مدرسين، وطلاب، وخدم، وغيرهم، وتضم المستشفى صيدلية وكان من أهم المدارس: المدرسة المستنصرية .

٣- مستشفى السجن: وكان ذلك في العصر العباسى، وذلك بعد أن قام وزير الخليفة المقتدر ويدعى على الجراح بزيارة إلى السجون، فما وجد من تغير في أحوال المسجونين من الأمراض، فأمر بإنشاء مستشفيات في السجون تتولى علاج المسجونين .

ثانيا: المستشفيات المتنقلة: وتشمل :

١- مستشفى السبيل:هى المستشفيات التي ترافق قوافل الحجاج في ترحالهم من العراق والشام إلى بيت الله الحرام – الشعائر المقدسة، وتزود عادة بالأدوية والعقاقير والأطباء والممرضين، ويمولها المحسنون الذين كانوا يتسابقون للمساهمة، بتحمل نفقاتها، وكان أول من بدأ بهذه المستشفيات الخليفة معاوية بن أبى سفيان .

٢- المستشفى المحمول: وهى المستشفيات التي تنتقل إلى المناطق النائية، تعالج المرضى والمصابين، وتزودهم بالأدوية التي يحتاجونها، ويرجع تاريخهم إلى عهد الخليفة المقتدر العباسى، وتنتقل حيث الحاجة من مكان لأخر .

٣- مستشفى الجيش: ويقتصر بها البيمارستانات التي ترافق الجيش، ويكون بها طبيب أو أكثر ومساعدون وصيادلة وخدم ومعهم أدوية وأدوات وعقاقير .

ثالثاً: مستشفيات العزل [(١)]

١- دور المجذومين: وتعود جذورها إلى عهد الخليفة الأموى الوليد بن عبد الملك الذي خصص دورا خاصة لمرض الجذام في الشام، ثم أقام عامله الحجاج بن يوسف الثقفى دوراً خاصة في العراق لعلاج المجذومين وعزلهم. وكذلك أصبحت هناك، دور لذوى العاهات والعميان والبؤساء .

٢- دور المجانين: كان المسلمون يرفقون بحال المجانين، ويعتنون بهم، ويعملون على دراسة حالتهم ومعالجتهم، ولقد أقاموا دورا لإيوائهم ومعالجتهم من قبل أطباء ومعهم صيادلة وخدم، ومن هذه المستشفيات، مستشفى القاهرة الذي شيده صلاح الدين الأيوبى، ودار المجانين في دمشق .

وكان التمويل الصحي في الحضارة الإسلامية من خلال :-

١- تمويل البيمارستانات.

٢- التمويل عن طريق مساهمة الأطباء في عمل الإحسان.

١- تمويل البيمارستانات.

وكان يتوقف هذا النوع من التمويل إلى حد كبير على الوقف :

معنى الوقف في الشرع: هو حبس العقار على حكم ملك الله تعالى، وهذا يعنى زوال ملك مالكة الأصلى وانتقاله إلى ملك الله فلا يباع ولا

---

(١) أ. حنيفة الخطيب ، الطب عند العرب ، مرجع سابق ، ص ٢٥٠

يوهب ولا يورث وتصبح منفعته حقا للموقوف عليهم سواء كانوا معينين كالفقراء، وأبناء السبيل، أو طلبه العلم [1]، هذا الوقف قد بدأت " مؤسسته " مع بدايات الدولة الإسلامية الأولى، على عهد رسول الله ﷺ، عندما أوصى " مخيرق بن النضر " (٣هـ /٦٢٥م) بأمواله إلى رسول الله. يصنع فيها ما أراد الله " وكانت سبعة حوائط أي (بساتين)، فجعلها رسول الله ﷺ وقفاً محبوسة أعيانها، وتنفق ثمارها على الأمة[1].

ثم جاء عمر بن الخطاب - رضي الله عنه - فأصطفى أنفس أمواله - أرضه في خيبر - فجعلها دفعا على النفع العام .. فذهب إلى رسول الله ﷺ فقال: يا رسول الله إني استفدت مالاً، هو عندي نفيس، فأردت أن أتصدق به، فأجابه الرسول: تصدق بأصله لا يباع، ولا يوهب، ولا يورث، ولكن ينفق من ثمره [2].

فكتب عمر "وثيقة " [3] حجة وقفه التي لعلها أقدم وثاق وحجج هذا النظام في تاريخ الإسلام وفيها: (هذا ما كتب عبد الله عمر في ثمخ (أرض بخيبر) " أنه لا يباع أصلها ولا يوهب ولا يورث للفقراء، والقربى والرقاب وفي سبيل الله وابن السبيل والضعيف، ولا جناح على من وليها أن يأكل منها بالمعروف ويطعم صديقاً غير متمول فيه "[4]

---

(٢) د. عبد الحليم محمود ، الفقه الإسلامى الميسر ، دار الفكر العربى ، القاهرة ، ١٩٩٢م ، ص ٢٨١ .

(١) د. مصطفى عمارة ، المستقبل الاجتماعي للأمة الإسلامية،(مستقبل الأمة الإسلامية - قضايا إسلامية)، العدد ٩٩ ، مطبعة وزارة الأوقاف ، (القاهرة) ، ١٤٢٤هـ - ٢٠٠٣م ، ص ٢١٨ .

(٢) نفس المرجع السابق ذكره ، ص ٢١٨ .

(٣) نفس المرجع السابق ذكره ، ص ٢١٨ .

(٤) نفس المرجع السابق ، ٢١٨ .

ومنذ الدولة الأموية، وفي عهد هشام بن عبد الملك (٧١-١٢٥هـ)/ ٦٦٠- ٧٤٣م أصبح للأوقاف بعد اتساع حجمها "ديوان" خاص يتولاه من يسمى " صدر الوقوف "[٥]

وظل هذا " الديوان " أهلياً لأن الوقف مؤسسة " الأمة " لا " الدولة " منها مولت صناعة الحضارة، وبها أقامت العدالة النسبية والتكامل الاجتماعي بين الناس. لقد جاء حين من الدهر، بلغت فيه - على عهد السلطان الظاهر برقوق (٧٣٨هـ - ٨١٠هـ) / ١٣٣٨- ١٣٩٨م مساحة الأراضي الموقوفة نصف أراضي الدولة، الأمر الذي أمتد بثمراتها إلى مختلف ميادين العمران الإسلامي وشملت منها[١]: إقامة البيمارستانات: مؤسسات متكاملة للعلاج وللاستشفاء من الأمراض العضوية والنفسية الخ، أن أمة تولت صناعة حضارتها أهلياً وتطوعياً، بالأوقاف. فكان عمرانها الدنيوي قربه لله ﷻ، يحفزها إليها الاعتقاد الديني الجدير بإحياء هذا الشكل من أشكال التمويل لتحقيق التكامل الاجتماعي في عالم أصبح غاية توظف بها ٩٧% من رؤوس الأموال في السمسرة والمغامرات، و٩٠% من عقول العلماء في خدمة صناعة السلاح والدمار و٨٦% من ثمرات الإنتاج العالمي لرفاهية ٢٠% من السكان ![٢].

وبإحياء الوقف، هذه المؤسسة التي موّلتها الأمة من خلال الأوقاف..هو إحياء التكامل الاجتماعي، والعدالة المالية في الأمة الإسلامية

(٥) المرجع السابق ذكره ، ص ٢١٩ .

(١) المرجع السابق ذكره ، ص ٢١٩ :٢٢٠ .

(٢) المرجع السابق ذكره ، ص ٢٢٧ .

كانت البيمارستانات (المستشفيات العامة) في عصورها الوسطى تمول من الأوقاف التي تحبس عليها، والأموال التي ترصد لهـــا، وتنفــق عليها بسخاء في وفرة الغذاء والكســـاء، والأثـــاث والأدويـــة والأطبـــاء والصيادلة والخدم، ومن تمويل الكثير والإنفاق الكثير من الأموال، بلغـــت ذروتها زمن العباسيين، وعلى سبيل المثال: عن العنايـــة والترفيـــه التـــي نعمت بها البيمارستانات زمن العباسيين، فنذكر ما أعد من وسائل الراحـــة في البيمارستان العضدي مع العلم أنه لم يكن من بيمارســـتانات الدرجـــة الأولى(٣): فإن ناظره في سنة ٤٤٩هـ/١٠٥٨م بعـــد أن دثـــرت أوقافـــه أعادها وجمع فيه من الأشربة، والأدوية، والعقاقير، التي عز وجودها شيئاً كثيراً، وأقام الفرش واللحف للمرضى، والأرايـــج(١) الطيبـــة، والآســـرة، والثلج، والمستخدمين، والأطباء، والفراشين، وكان فيـــه ثمانيـــة أطبـــاء، ونساء طباخات، ودواوين، وحراس، والحمام، والبستان الذي إلى جانبـــه، فيه أنواع الثمار والبقول، والسفن على مسافة تنقل الضعفاء، والفقـــراء، والأطباء يتناوبونهم بكرة وعشية، ويبيتون عندهم بالنوبة، وكان فيه عدة خواب فيها السكر الطبرزد(٢) وصناديق فيها أكفان، وقدور كبار وصـــغار، وآلات، وأربعة وعشرين فراشاً.. وأشياء ما يوجد في دور الخلفاء، وكانت

---

(٣) حنيفة الخطيب ، الطب عن العرب ، مرجع سابق ، ص ٢٠٠: ٢٠١

(١) الأرايج : الرائحة الطيبة

(٢) سكر الطبرزد : سكر النبات

العناية الطبية سواء في المدن أو في القرى أو في السجون أيام السلم والحرب، يتم على أكمل وجه بحسب الإمكانيات المتوفرة، وكان لكل بيمارستانات (ناظر) يشرف على إدارة الأوقاف العديدة التي كان منشئو البيمارستانات يخصصون دخلها للأنفاق على شئونها [٣].

٢- التمويل عن طريق مساهمة الأطباء في عمل الإحسان

لقد ثرى بعض أطباء العصر العباسي ثراءً فاحشاً، هذا فضلاً عن المناصب الكبرى التي كان يتوصل إليها الأطباء أصحاب الجاه والثروة، ومهما يكن فإن قصص الأطباء، والأموال التي كانت تغدق عليهم، تدل على تقدير الإسلام واحترامه للمعرفة الطبية.

فمثلاً جبرائيل بختيشوع حصل من جهة الخلفاء من الأموال ما لم يحصله غيره من الأطباء، وذلك في مدة خدمته للرشيد، يذكر أن رزقه من رسم العامة في كل شهر عشرة آلاف درهم (١٠٠٠٠) أي مائة وعشرون ألف درهم(١٢٠٠٠٠) درهم في السنة، وفي فترة ثلاث وعشرين سنة، وهي مدة خدمته للرشيد، استولى على مليونين وستمائة وثمانين ألف درهم (٢٦٨٠٠٠٠)[١]

(٣) كلمة " بيمارستان " بفتح الراء وسكون السين ، وهي لفظة فارسية مركبة من مقطعين هما "بيمار" بمعنى المريض أو العليل أو المصاب و" ستان " بمعنى الدار أو المكان ، ومعنى ذلك أن البيمارستان هو " دار المرضى " ثم اختصرت فأصبحت مارستان ، وهي بمثابة المستشفيات العامة التي تعالج فيها جميع الأمراض الباطنية والجراحية والرمدية والعقلية ، ولما أصابتها الكوارث هجرها المرضى إلا من المجانيين حيث لم يكن لهم مكان سواها ، فأصبحت الكلمة مرتبطة بهؤلاء المرضى فقط .

(١) حنيفة الخطيب ، الطب عن العرب ، مرجع سابق ، ص ١٤٣ .

فلم يكن تأسيس المستشفيات وقفاً على الخلفاء والسلاطين والرجال الأغنياء وإنما دأب على تأسيسها أيضاً الأطباء مساهمة في عمل الإحسان ومساعدة الناس المحتاجين، بالإضافة إلى ما اسهموا به في إدارة المستشفيات التي أسسها العرب في مختلف المقاطعات الإسلامية. ففي سنة ٣٠٦هـ / ١٩١٨م أشار سنان بن ثابت عم المقتدر بأن يتخذ بيمارستاناً يسب إليه، فأمر بإنشائه في باب الشام وسماه البيمارستان المقتدري، وأنفق عليه من ماله في كل شهر مائتي دينار، وفي السنة نفسها فتح سنان بن ثابت بيمارستان السيدة الذي بناه بسوق على دخلة وجلس فيه، ورتب المطببين، واستقبل المرضى، وكانت النفقة عليه في كل شهر ستمائة ديناراً [٢] .

ومن مكارم الأخلاق للأطباء ما حدث به على بن محمد بن الصلحي الكاتب عن القطيعي أحد أطباء مصر المشهودين أنه حول أحد دوره إلى ما يشبه البيمارستان، يأوي إليه المرضى من الفقراء، فيعالجهم وقدم لهم الأغذية والأدوية، ويقوم بخدمتهم مجاناً، وكان ينفق أكثر من مدخوله في هذا السبيل[١] .

ولم تكن العناية بالصحة العامة تقوم فقط على مساهمة الأطباء وأهل الخير من الأغنياء، لأن ذلك كان يتطلب تمويلاً ضمنياً، فكانت الحكومة تقوم

---

(٢) المرجع السابق ذكره ، ص ١٧٨ .

(١) موقع شبكة الإنترنت ، د. عبد الرحمن العيسوى ، رسالة البيمارستانات فى الإسلام بتاريخ ٢٠٠٤/٧/٧م

http://www.bolagh.com/mosoa/sirah/T٧ous٥uro.htm.

بأعباء تتعلق بنقل الخدمات الطبية إلى المناطق الريفية والسجون مما يشكل تعاوناً بين الحكومة والجهاز الطبي إن الإسلام قد أهـدى للبشـرية مؤسستين ماليتين هما مؤسسة الزكاة ومؤسسة الوقف، ولكن تم تعطيلهما في العالم الإسلامي، في حين نهضا العالم الغربي حيث أنه لا توجد أسـرة أوروبية أو أمريكية ألا وتخصص تلقائياً نسبة ٢% من دخلها للمنظمـات غير الحكومية والجمعيات الخيرية، كما أن رجال الأموال بالغرب يوقفـون من أملاكهم وأموالهم لأوجه البر مثل: الجامعات والمستشفيات. (٢):

ولو تنبه العالم الإسلامي إلى هذا لحل أغلب مشاكله التي يعاني منها أفراده من بطالة وأمية ومشاكل صحية الخ .

أوجه الاتفاق والاختلاف بين المستشفيات في الحضارة الإسلامية والمستشفيات الأخرى:

المستشفيات في العصور الوسطى:

يقول جيس بينا: (٣) " أن المستشفيات عالية الكفاءة التـي شـيدها المسلمون في العصر الإسلامي خلال العصور الوسطى، تعد إسهاما رائعـاً ومتميزاً للحضارة الإسلامية، ولا يمكن مقارنـة المستشـفيات العسـكرية الرومانية والمستشفيات المسيحية، بذلك المستوى الرفيـع للمستشـفيات العربية من حيث العدد، ومن حيث التنظيم، ومن حيث التميز، إن المصحات النفسية والعقلية أنشأها المسلمون قبل أن تعرفها أوربا بعشر قرون " .

---

(٢) د. محمد شوقي الفنجري ، الوكيل السابق لمجلس الدولة (الوقف يحتاج إلـى تحريـك) ، جريـدة الأهرام، القاهرة ، ١٥ ديسمبر ٢٠٠٢م ، ص١٣ .

(٣) Lawrence wolper and jesus pena. Health care Adminstration. (Maryland : An Aspen publication, ١٩٨٧). P.٥.

وإذا نظرنا إلى حال الأوربيين في ذلك الوقــت، وجــدناهم يؤمنون بأن المرض نقمة وعذاب من الله، لذلك كانوا لا يرحمون المريض، ويعدون الإشفاق عليه أمراً مخالفاً لتعاليم الدين، وفى هذا المجتمــع الــذي تسيطر فيه هذه الأفكار على الناس في معاملتهم، عاش النـــاس يقاســون أهوال المرض، وتنكر أهلوهم وذويهم لهم، مما جعلهم يستعذبون المــوت تخلصا من هذه الأهوال، وتلك الآلام، بل أن الأمر قد يصل أحيانا إلى ما هو أشد وأنكى من ذلك، فالمصابون بالجزام يحرقون، ويوقع العقــاب الشــديد على المجانين، وعندما أرادوا أن يتحرروا من هذه الأفكار والأعمال، أقاموا بعض المستشفيات التي كانت بيئة مخصبة بــالجراثيم، وعشــاً للأمــراض الخبيثة [٢].

ويمكننا في ضوء هذا نتبين الفرق الهائل بين ماكان عليه العــرب المسلمون والأوربيون، فقد كان العرب يتزعمون العالم في العلوم الطبيــة وغيرها من مقومات الحضارة، وكانت كلمة (عرب) تحتــل فــي الأذهــان المكانة التي تحتلها كلمة (غربى) أو أوربى في هذا العصر، لقد كانت كلمة عربى تقرع أذن كل أوربى في هذه الفترة قرعاً شــديداً. ويقــرر العلاقــة (سيديو): أن العرب المسلمين هم في الواقع أساتذة أوربا في جميع فــروع المعرفة [٣].

---

(١) أبو الفتوح التوانس ، من أعلام الطب العربى ، الدار القومية للطباعة والنشــر ، القــاهرة ، بــدون تاريخ ، ص ٥٣ – ٥٤

(٢) نفس المرجع السابق ذكره ، ص ١١

١-٢ المستشفيات الحديثة :

أن البيمارستانات كانت تسير على نظام تام، وعلى أصول مرعية لا تقل عن النظام الحديث لتنظيم المستشفيات الحالى .

فالبيمارستانات كانت تنقسم إلى قسمين منفصلين، قسم للرجال، وآخر للنساء، وكل قسم به عدة غرف وقاعات، منها ما هو للأمراض الباطنة، ومنها ما هو للعيون والجراحة، وما شابه ذلك وكل قسم في الوقت ذاته ينقسم إلى غرف: الحميات، وحوادث الإسهال، والأمراض النفسية، ولم تخلو المستشفيات من أقسام خاصة للناقهين لكى يستعيدوا صحتهم، تلك هي حال المستشفيات في الحضارة الإسلامية في القرون الوسطى .[١]

ولكن كيف كان حال المستشفيات في أوربا في هذه الفترة ؟ تذكر المصادر التاريخية أن المستشفيات في أوربا كانت مصدراً لنقل الأمراض بين المرضى المقيمين ومخالفتهم، هذا بالإضافة إلى أن المرضى لم يكونوا يحظون بالمعاملة الإنسانية اللائقة، ويذكر بعض الملوك، كانوا يحرقون المجذومين، ويعذبون المجانين، ولا يكترثون لصحة المسجونين أو لحياتهم .ولعل ما يلفت للنظر أن العرب المسلمين كان نظامهم في المستشفيات التي أنشأوها، على غرار النظام الحديث الذي تسير عليه المستشفيات الحالية، من حيث تقديم العقاقير، والفحص، والنظافة، والأكل والخدمة، ونظام الأطباء. أما عن جودة الرعاية الطبية، التي كانت تقدم في هذه المستشفيات، فلقد قطعت شوطاً بعيداً نظراً لما قام به علماء العرب

---

(١) حسان محمد نذير ، إدارة المستشفيات ، مرجع سابق ، ص ٢٦

المسلمون من الاطلاع والدراسة والتشخيص والزيادة علـــى علـــوم مـــن سبقوهم في الطب. فالفحص الطبى عند المسلمين كثيرا عما هو عليه الآن، فقد كانوا بفحصون لون البول، ويجسون النبض، ويقومون بتجربة العقاقير قبل وصفها للناس على الحيوانات، ومن ذلك تجربة الرازى للزئبق بأنواعه على قرد، والتي استخلص منها مدى الضرر الذي يسببه. وكـــان العـــرب المسلمون أول من استخدم الكاويات والمخدر فـــي الطـــب فـــي العمليـــات الجراحية، وأنهم أول من استخدموا الأفيون بمقادير كبيرة لمعالجة حـــالات الجنون، وأشاروا بصب الماء البارد على الجروح والرضـــوض لمعالجـــة النزيف [٢] .

وقد خطا العرب المسلمون خطوات واسعة في مجال تنظيم مزاولـــة مهنة الطب والصيدلة، حيث كان يفرض على الأطباء والصيادلة أن يجتازوا امتحانا خاصا قبل السماح لهم بمزاولة المهنة .

١. سمات المستشفيات الحديثة:

١- عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية بمخاطبة الأخرين .

٢- اختيار موقع بيئى مناسب لإقامة المستشفيات من الناحية الصحية .

٣- وجود المستشفى المتنقل عندما تدعوا الضرورة وإرساله المناطق النائية بصورة دورية خصوصاً إذا كانت تلك المناطق تفتقـــر إلـــى الخدمات الصحية الأساسية .

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٢٦

٤- إنشاء المستشفيات العامة والمتخصصة .

٥- الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية .

٦- التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى من خلال عمليات التشخيص ووصف العلاج .

تنظيم مزاولة مهنة الطب والصيدلة عن طريق الإجازة بواسطة الامتحان .

الخـــــاتمة

تـم اسـتعراض دراسـة اقتصـاديات الصـحة بـين الاقتصـاد الوضـعي والإسـلامي، مـن خـلال عـرض السياسـات الصـحية فـي الاقتصـاد الوضـعي والإسـلامي مـن حيـث تحديـد مفهـوم الصـحة علـى مسـتوى الأفـراد المفتـرض الوصـول إليهـا فـي الاقتصـاد الوضـعي ويجـب تطبيقهـا فـي حيـاة المسـلمين الاقتصاد الإسـلامي وخلـق الإنسـان القـوى فـي جسـمه وعقلـه وروحـه، والـذي يستطيع أن يحمل الرسالة إلى كافة أنحـاء الأرض ثـم إبـراز الأهداف الصـحية علـى مسـتوى المجتمـع المـراد تحقيقهـا فـي الاقتصـاد الوضـعي، والتـي سـبق دعـوة الإسـلام إليهـا منـذ أكثـر مـن أربعـة عشـر قرنـاً لتحقيـق إقامـة المجتمـع الصحيح البنيـة، المنيع ضد الأمراض الوافدة والمستوطنة.

تم على مستوى الدولة استخدام صور مـــن التحليـــل الاقتصــــادي للخدمات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي، حيث لا ترفض الإسلام الأساليب الاقتصادية المعاصرة طالما تتفق مع العقل ولا تخالف الشـــريعة، واستخدام البيانات الاحصائية والمؤشرات الصحية والتي تمكن من الدولة من تحديد الإمكانات اللازمة من الموارد الصحية باستخدام أنسب الـــنظم العلاجية لمواجهة المشكلات الصحية من حيث الأسباب أو الآثار المترتبـــة مع هذه المشكلات، وكبرى هذه المشكلات الصحية (المرض)، واتخاذ أنسب القرارات حيال هذه المشكلات سواء من ناحية إمكانيات المواطنين ومستوى معيشتهم، أو عدد الحدات الصحية والمستشفيات، ومعدل الأطبــاء ومعـــدل الأسرة وتوفير الأموال اللازمة والأفراد واستخدامها الاستخدام الأمثل

وتحقيق عدالة التوزيع لإمكانية الحصول على النتائج الصحية اللازمة باستخدام أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي والإسلامي، والتي تؤتي ثمارها المرجوة في الاقتصاد الوضعي، وتغيير منهج حياة للمسلمين في الاقتصاد الإسلامي، مما يساعد على الشفاء من المرض أو تحسن في الصحة أو الارتقاء بالصحة، ومما يساهم أيضاً بنتائج طيبة في حياة الشعوب. وتحسن دخولهم وبالتالى تحسن في المستوى الاقتصادي القومى، ثم إستخدام أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي في المؤسسات العلاجية في الحضارة الإسلامية (البمارستانات) في مجال التطبيق.

وبناء على ما سبق توصل الباحث إلى النتائج والتوصيات الآتية :

أولاً :- النتائج

١- الإسلام دين الفطرة وهو دين يركز على صالح البشر أجمعين واهتمامه بمعالجة القضايا الاقتصادية وشمولة كافة أوجه الحياة الاقتصادية.

٢- أن الاقتصاد الإسلامي ينظر للإنسان كقيمة جوهرية، وأن الله ﷻ ألزمه أمانة وكلفة رسالة، فكانت نعمة الصحة أمانة، فلا يجب العبث بها، أو تضيعها أو التفريط فيها فكانت المحافظة عليها طاعة لله وقرب منه ولأن الله جميل يحب الجمال، وأعلى مراتب الجمال في الإنسان صحته.

٣- أن هناك نقط التقاء بين الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي في هذا المجال من التحليل الاقتصادي ألا أن هناك كثير من أوجه الخلاف ويرجع ذلك إلى اختلاف الفلسفة الاقتصادية والأهداف في كل من الاقتصاديين أن الجوع إلى الإسلام بتطبيق ما جاء فيه من

تسرد مياه هو السبيل الوحيد لإنقاذ البشرية من وضعها الاقتصاد المتردد، وحل كافة المشكلات الاقتصادية التي يعانى منها عالمنا المعاصر.

٤-يتفق الاقتصاد الإسلامي في مواجهة المشكلات مع الفطرة السوية والعقل الراشد و يستمد أسسه من الشريعة . ولهذا لا يقع هذا المنهج في الطوباويات أو الإغراق في المثاليات غير القابلة للتطبيق فالمنهج الإسلامي يتسم بالاعتدال والواقعية الأخلاقية

٥-يضع الاقتصاد الإسلامي في التعامل مع المشكلات نسقا من الأولويات مستمدا من الأولويات في الإسلام نفسه كدين سماوي ٠ فالمشكلات التي تفرض قيام المجتمع الإسلامي أو التي تمس أمورا إيمانية أو تطبيق الشريعة الإسلامية تأتي أولا وتحتل أهمية كبرى، فدفع الضرر مقدم على جلب المنافع .

٦-أن الصحة قيمة اقتصادية فإنها تقلل من الخسائر الناجمة كن مرض العمال وأنها تسمح باستخدام الوارد الطبيعية التي كان الوصول إليها متعذراً، وأنها تزيد من إلحاق الأطفال بالمدارس، وتجعلهم اقدر على تحصيل العلم، وأنها تحرر الموارد للانتفاع بها في استخدامات بديلة، ولولا ذلك لا نفعت على علاج الأمراض وأما المكاسب الاقتصادية فهى أكبر تسبباً في حالة الفقراء، وهم بصورة نمطية الأكثر تعرضاً للإعاقة تسبب ضعف الصحة، وهم الذين يتأثر بهم أن يحققوا أكثر مكسب في تنمية الموارد الطبيعية المستخدمة استخداماً قاصراً.

أن اقتصاديات الصحة تمكن من تحليل السياسات الصحية المتعلقة بالعرض والطلب للخدمات الصحية، والإنفاق والتمويل، والتأمين الصحي، النظر إلى إمكانيات المواطنين كما تمكن من التعرف مساهمة الإنفاق والتمويل في تطوير الخدمات الصحية، دار هذا على أتمام هذه الخدمات بشكل عادل، وتساعد في الغاية على صنع القرار، وعلى الأخذ بالبرامج الصحية الأكثر كفاءة وعدلاً.

٨-أن زيادة الطلب على خدمات القطاع الخاص. وتقليل الطلب على الخدمات الحكوية سوف يؤدى إلى تحسن الأوضاع لكلاً القطاعين، فزيادة الطلب على خدمات القطاع الخاص سوف تنعش هذا القطاع وتزيد من استثمارته، وتتيح المجال أما توفير فرص عمل جديدة، أن تقليل الطلب على الخدمات الصحية الحكومة فسوف ينعكس أيضاً على هذه الخدمات وتحسينها ويرفع مستوى أدائها.

٨- أثبت الدراسات بأن العمر المتوقع يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحالة الاقتصادية فيكون للنمو الاقتصادي تأثيراً بتعديل صحة السكان الفقراء، لأن تحسن المستوى الاقتصادي بتوجه إلى شراء الضروريات الأساسية، ولاسيما المواد الغذائية، والمسكن، ما يعود على الصحة بمنافع كبيرة كما أن التقدم العلمي والتكنولوجي في مجال الخدمات الصحية زاد من إمكان الحصول على قدر أكبر من الصحة بمستوى إقتصادى معين وأن تدهور الحالة الصحية لأفراد المجتمع يؤدى إلى انخفاض إنتاجية هؤلاء الأفراد في سن العمل، وكذلك فإن انخفاض الحالة الصحية يؤدى إلى انخفاض معدل توقع

الحياة، ومن ثم تزداد حالات الوفاة للأفراد وهم في سن العمل أو خروجهم إلى المعاش المبكر بسبب المرض وبالتالى يفقد الاقتصاد القومى ما يكن يمكن لهؤلاء الأفراد أن يسهموا به في الناتج القومى لو أنهم كانوا في صحة تامة أو لو أنهم استمروا في الإنتاج بكامل طاقاتهم حتى سن والخروج إلى المعاش أى أن سوء الحالة الصحية للأفراد يؤدى إلى ضياع جزء من الناتج كان من المتوقع تحقيقه.

١٠-أن هناك علاقة بين الانفاق والتمويل للخدمات الصحية، فإذا توفر التمويل الجيد من مصادره المعتمدة، ووافقة الإنفاق الجيد على الموارد الصحية، كان تحسن الخدمات الصحية يساهم في تحسن مستوى الصحة ورفع مستواها، وبالتالى زيادة الإنتاج وزيادة متوسط الأعمار في المجتمع.

١١-أن اتساع مظلة التأمين الصحي حماية للفقراء والمرضى، وتدعيم لقواهم الاقتصادية الاجتماعية وهو لا يخالف الشريعة الإسلامية.

١٢- أن الصحة والاقتصاد والبيئة بينهما علاقات متبادلة، فكلما تحسن المستوى الاقتصادي تحسنت للبيئة وصحة الإنسان والعكس إذا تدهور الاقتصاد بكون البيئة وسترث صحة الإنسان، والصحة الجيدة تؤثر في زيادة الإنتاج وتنعكس إلى تحسن الأحوال الاقتصادية والبيئة ويرتفع المستوى الاقتصادى.

١٣- يشكل القضاء على الفقر المهمة المركزية لسياسة للتنمية في مستهل القرن الحادى والعشرين، حيث لا زالت إعداد غفيرة من

سكان العالم تعانى من الفقراء على الرغم من النمو الاقتصادي السريع، ونظراً لأن الصحة السيئة هي أحد الأسباب الرئيسية للفقر، فـإن تواصف الاستثمارات التي تستهدف تحسـن الأحـوال الصـحية للفقراء بوسعها أن توفر وسيلة للتخفيف من حدة الفقر.

١٤- وعلى الرغم من أن متوسط العمر عام ١٩٠٠ هو ٤٩ سنة فقـط فزاد الآن أكثر ١٥ سنة وبذلك زادت فرصة الحياة أمام كل راشد وهذه انتصارات طيبة باهرة، فإن مشكلة المرضى مازالت بعيـدة عن الحل، وما زال المرض عبئاً اقتصادياً ثقيلاً على عاتقه الدول والأفراد.

١٥- يجهل الكثير من المسلمين تعاليم الدين الإسلامي الحنيف ولذا فهم يعانون من الأمراض.

١٦- أن لكل دار دواء يستطب به، ويؤمن المسلمين بأن على البشر أن يسعوا لاكتشاف علاج كل داء أو مرض وعليهم الايناسوا. وطالما توافر العزم على معاونة الأخرى وتجنب آلام فسوف يتحقق هـذا الهدف وكل اكتشاف على يحافظ على الصحة وصالح الإنسان يعد عملاً صالحاً من وجه نظر الإسـلام شـريطة إلا يتعـارض مـع المفاهيم والمبادئ الإسلامية.

١٧- أن التعامل مع الحياة الاقتصادية وفق شرع الله، والـتمكن مـن استنباط الا تقام الشريعة الاقتصادية، وإدراك الأخطاء والإنحرافات في الأنظمة الوضعية وإبراز المزايا في صورة علميـة محايـدة مقنعة بعيدة عن التحيز أو التعصب مما يؤكد تفوقه النظام

الاقتصادي الإسلامي على غيرة من النظم الاقتصادية السائدة في عصرنا.

١٨- أن التكلفة العالية للطب الحديث أصبحت ترهق اقتصاد كثير من البلدان النامية وتجعله بعيداً عن متناول الكثير من سكان العالم، وذلك عندما تحول الطب في العالم الغربي إلى تجارة على أيدي شركات الأدوية والأجهزة الطبية الحديثة، ومن المنطلق الرأسمالي الذي يحكم اقتصاديات تلك الدول حول حاجة المريض للعلاج إلى سلعة يمكن أن تحقق الأرباح الطائلة بصرف النظر عن البعد الإنساني للأمور، وأما في اتباع منهج الإسلام ذلك المنهج الرباني نجاة للمسلمين من الفقر والجهل والمرض، وفي فاعليه الشفاء التام، والوقاية من الأمراض والعلل والسقم، وما هو إلا اتباع لينال الناس السعاد في الدنيا والفوز في الآخرة.

ثانياً:- التوصيات:

١- يجب على المسلمين أن يفهموا أمور دينهم فهماً صحيحاً ففيه الصحة والسلامة والسعادة ويجب إصلاح جذرى لنظام التعليم الإسلامي: ويتحققه ذلك بصياغة خطط ووسائق تربوية تنسجم مع المفاهيم الإسلامية، ويحرك في نفوس المسلمين عنصر الإبداع.

٢- التركيز على الجانب العملى والتطبيقى: ويتحققه بالتوسع في التعليم الطبى والصحي الإسلامي لأنه يلعب دوراً في تغيير العادات الشخصية.

٣- التوسع في دراسة العلوم الإنسانية إلى ما يتصل بالحياة الواقعية والمشكلات العملية، وما يحتاجه المجتمع الإسلامي عامة والاقتصاد خاصة.

٤- التوسع في الخدمات والأنشطة في المجال الصحي والرياضى والغذائى وإصلاح التنظيم الإدارية والرقابية والتخطيط والتقويم.

٥- الاهتمام بالتوعية الدينية: بالإرشاد والخلقى، وإبراز فيه التعاون والمشاركة والإسهام الخصال في المشاريع الاجتماعية وغرس روح التضيحية والإيثار، والتمسك بالإصالة، والوقوف ضد التيارات الفكرية المناهجية لتعاليم الإسلام، ونشر الوعى الصحي وترشيد الاستهلاك.

٦- التوسع في استصلاح الأراضى الزراعية: لتوفير الأمن الغذائى، إنتاج المحاصيل الغذائية بما يتناسب مع النحو المطرد وزيادة السكان في قطاع الوطن الإسلامي وتحقيق الاكتفاء الذاتى في مجال إنتاج السلع الاستراتيجية وتوجه الموارد الاقتصادية المتاحة لانتاج الخدمات الصحية وتجنب حرمان أي شخص من العلاج لأي سبب.

٧- القضاء على البطالة: بإيجاد فرص العمل لكل قادر بتشيع استصلاح الأراضى الزراعية، وغزو الصحراء، وتشجيع الصناعات الصغيرة، وإنتاج السلع البسيطة والتوجه إلى التعليم.

٨- يجب الإنفاق على الصحة والإنفاق على التعليم لأنه يعتبر استثماراً في رأس المال البشرى. لذا لابد من الاهتمام بالإنسان كوسيلة وهدف والتركيز على رفع مستواه الصحي لجعله قادراً على

العطاء والإنتاج للمساهمة في خطط التنمية والاندماج في الحياة العملية، فالمصانع بحاجة إلى عمال أصحاء، وكذلك المزارع وكل القطاعات الخدمية والإنتاجية بالإضافة إلى ذلك يؤدى إلى زيادة كمية في المستقبل من خلال زيادة العمر المتوقع في العمل، وهذا أيضاً يكمل الاستثمار في التعليم نظراً لأنه مع بقاء الأشياء الأخرى على ما حق عليه فإن العائد على التعليم سيتجه للتركيز إذا عمل الناس واكتسبوا لفترات أطول.

٩- يجب تثقيف الأفراد بالحقائق الجوهرية للصحة والمرض والارشاد وتعديل السلوك نحو العادات التي توفر الصحة، وبعد التثقيف الصحي الأساسى لأى برنامج صحى وهو العمود الفقرى لتخطيط وسائل وقائى الأمراض المعدية والوقائية منها ورفع صحة المجتمع.

١٠-يتعين القيام بالمزيد من الدراسات لتحديد احتياجات المجتمع واهتمامتهن والمناطقة المفتقرة للمعرفة الصحية على أى مستوى حتى يتسنى للبرامج أن تعنى بالاحتياجات وأن تسد التغيرات.

١١- يجب أن يتم تطوير برامج اقتصاديات الصحة على مستوى كليات الطب في الجامعات والمجتمع على أساس من التعاليم الإسلامية، يجب إجراء المزيد من الأبحاث حول اقتصاديات الصحة في الاقتصاد الإسلامي والوضعي التي تفتقر إلى ما يدعمها علمياً.

١٢-ينبغى أن تصمم البرامج الصحية القائمة على أساس للتعاليم الإسلامية وذلك العلاج المشكلات الصحية مثل استخدام مياه

الشرب والزيادة السكانية، وسبق للتغذية، مــع تطــوير بــرامج التربية الغذائية لكى تتناسب مع كل المستويات والاقتصادية.

١٣-ويبقى القول للاقتصاديين، أن يتذكروا دائمــاً القيمــة الجوهريــة للصحة، إذ أن النظم المعاصرة تمتلك الأدوات اللازمــة لتحســين رفاهية الفقراء بتكلفة متواضعة، كما أن على المســئولين عــن الصحة ينبهوا السياسيين إلى أن الاستثمار فــي الصــحة يســرع بالنمو الاقتصادى، وأنه أحد الوسائل الفعالة للتخلص من الفقر.

المراجـــع

أولا: المراجع العربية

القرآن الكريم

- صحيح البخارى ومسلم وكتب الحديث

☒ إبراهيم مدكور، المعجم المدرس الوجيز، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، القاهرة، ١٩٩٠ –١٩٩١م، ص ٣٦٠ .

☒ أبن القيم الجوزية:، الطب النبوى، دار الكتب العلمية، بيروت، ١٤٠٣هـ- ١٩٨٣م.

☒ ابن النفيس: الموجز في الطب، تحقيق عبد الكريم الغرباوى / مراجعة أحمد عمار، ط ٣ المجلس الأعلى للشئون الإسلامية، القاهرة، ١٤٢٢هـ -٢٠٠١م .

☒ ابن سيناء، القانون في الطب، مطبعة بولاق، القاهرة، ١٣٩٤هـ

☒ أبو الفتوح التوانسى: من أعلام الطب العربى، الدار القومية للطباعة والنشر، القاهرة / ب. ت .

☒ احمد شوقى الفنجرى: الطب الوقائى في الإسلام، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ٢٠٠٠م .

☒ أميرة منصور يوسف: المدخل الاجتماعى للمجالات الطبية والنفسية، المكتب الجامعى، الإسكندرية، ١٩٩٩ م .

☒ أمنية عز الدين عبد الله: التطور الاقتصادي، الموارد الاقتصادية، مؤسسة نبيل للطباعة، القاهرة، ٢٠٠١ م .

☒ آمنه صبرى مراد: لمحات من تاريخ الطب القديم، مكتبة النصر الحديثة، القاهرة، ١٩٦٦م.

- السيد الجميلى: الأعجاز الطبى في القرآن الكريم، دار مكتبة الهلال، القاهرة، ١٩٩٠م.
- الفاضل العبيد عمر: حياتك بين الصحة والمرض، ط٦، مكتبة الطالب الجامعى، مكة المكرمة، ١٤٠٨هـ - ١٩٨٨م .
- الأمام الزيبدي، مختصر صحيح البخارى، مكتبة الإيمان، المنصورة، ١٤١٥هـ - ١٩٩٤ .
- الإمام بن تيميه، السياسة الشرعية، دار الكتب العلمية، بيروت، ١٩٩٥ .
- الأمام محمد الغزالى، أحياء علوم الدين، المجلد الثاتى، دار المعرفة، لبنان، ١٤٠٢ –١٩٨٢م.
- توفيق الطويل ،فى تراثنا العربى الإسلامي، عالم المعرفة، الكويت، ١٤٠٥هـ - ١٩٨٥م .
- الحافظ ابن كثير: البداية والنهاية، ط١، دار الكتب العلمية، بيروت، ١٤١١هـ - ١٩٩٠م .
- الحافظ جلال الدين السيوطى: تاريخ الخلفاء، ط١، دار الكتب العلمية، بيروت، ١٤١١هـ - ١٩٩٨م .
- حسان محمد نزير: إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، ١٤١٠هـ - ١٩٩٠م .
- حسن الباشا، مدخل إلى العمارة والفنون الإسلامية، معهد الدراسات الإسلامية، القاهرة، ١٩٩٩م .

- ☒ حسن سري، الاقتصاد الإسلامي (مبادئ، وخصائص، وأهداف)، مركز الإسكندرية للكتاب الجامعي، الإسكندرية ١٤١٨هـ - ١٩٩٨.
- ☒ حسين عبد المجيد رضوان، المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، المكتب الجامعى، إسكندرية، ١٩٩٩ م .
- ☒ حسين عمر، مبادئ علم الاقتصاد، تحليل جزئى وكلى ومعجم إقتصادى، دار الفؤاد القاهرة، ١٩٩٩م
- ☒ حنيفة الخطيب، الطب عند العرب، الأهلية للنشر والتوزيع، بيروت، ١٩٨٨م
- ☒ خيرى خليل الجميلى، السلوك الانحرافى في إطار التخلف والتقدم، المكتب الجامعى، الإسكندرية، ١٩٩٨م .
- ☒ خيرية عبد الفتاح، نظرية التحليل الإقتصادي، مكتبة المدينة، الزقازيق، ٢٠٠٤ م
- ☒ رفعت الرميس، الاقتصاد الإجتماعى، دار الفؤاد، القاهرة، ٢٠٠٣م .
- ☒ سعيد عبد الفتاح عاشور، حضارة الإسلام، مطابع معهد الدراسات الإسلامية، القاهرة، ١٤١٤هـ، ١٩٩٩م.
- ☒ سلوى عثمان الصديق، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية، المكتب الجامعى، الإسكندرية، ١٩٩٩م .
- ☒ سمير فياض، الصحة في مصر، الواقع وسيناريوهات المستقبل في عام ٢٠٠٢م، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، ٢٠٠٢ م

- ☒ شوقى احمد دنيا، مقدمة في النظرية الاقتصادية من منظور إسلامى، معهد الدراسات الإسلامية، القاهرة، ١٤٢١هـ - ٢٠٠٠م .
- ☒ شوقى احمد دنيا ، الاقتصاد الإسلامي (قضايا منهجية) مطبعة مركز صالح كامل، القاهرة ،٢٠٠٠م.
- ☒ ، التنمية والبيئة دراسة مقارنة، مطابع رابطة العالم الإسلامي، مكة المكرمة، ١٤١٤هـ .
- ☒ صبحى محمد قنوص، أزمة التنمية، ط٢، الدار الدولية للنشر للاستثمار الثقافية، القاهرة، ١٩٩٩م.
- ☒ صلاح الدين أحمد رحيم، المبادئ العامة لعلم الوبائيات، شركة التايمس للطبع والنشر، بغداد ١٩٨٩م.
- ☒ طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة الزقازيق، ٢٠٠١م.
- ☒ عاصم بين طاهر عرب: اقتصاديات العمل (نظره عامة)، مطابع جامعة الملك سعود، الرياض، ١٤١٥هـ .
- ☒ عادل العوا،اخلاقنا الاقتصادية، دار الحصاد للنشر والتوزيع،سوريا، ١٩٩٤م
- ☒ عاطف محمد شحاتة: مقدمة في تاريخ علم الاجتماع الطبى، مكتبة ألا نجلو المصرية، القاهرة، ١٩٩٥.
- ☒ عبد المحيى محمود حسن صالح: الصحة العامة وصحة المجتمع والأبعاد الاجتماعية والثقافية،دار المعرفة الجامعية،الإسكندرية،٢٠٠١م

- ـــ، الممارسـات المهنيـة فـي المجـال الطبـى، دار المعرفـة الجامعيـة، الإسكندرية، ٢٠٠٠ م .
- عبـد الحميـد الغزالـى: المـنهج الإسـلامي للتنميـة الاقتصـادية، معهـد الدراسات الإسلامية ٢٠٠١ م.
- عبد العزيز طريح شرف، البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبيعية، ط٢، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية ١٩٩٣م.
- عبـد الألـه سـاعاتى، مبـادئ إدارة المستشفيات، ط١، دار الفكـر العربـى، القاهرة، ١٤١٩هـ - ١٩٩٨م.
- عبد الحليم محمود: الفقه الميسر، دار الفكر العربى، القاهرة، ١٩٩٢م.
- عبـد الـرحمن بـن سـعد عبـد الـرحمن آل سـعود: مشـكلات الفقـر وسـبل علاجها في ضوء الإسلام، مركز الدراسات الأمنية، الرياض، ١٤١١هـ - ١٩٩٠م .
- عبد الرحمن يسري أحمد، دراسات في علم الاقتصاد الإسلامي، الدار الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٢م.
- ، الاقتصاديات الدولية، الدار الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٠م.
- : التحليـل الإقتصـادي الجزئـي يـبن النظريـة والتطبيـق، الـدار الجامعيـة، الإسكندرية، ٢٠٠٣م .
- عبد القادر محمد عبد القادر: اتجاهات حديثة في التنمية، الدار الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٠م.

- عبد المحسن بن صالح الحيدر، محمد على التركى: نظام التامين الصحي التعاونى في المملكة العربية السعودية، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، الرياض، ١٤٢٣هـ - ٢٠٠٢م .
- عبده السيد شحاتة، أمراض ناتجة من الغذاء، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، ١٩٩٩م.
- عدنان أحمد البكر، حنيف ليو: الطب الوقائى في الإسلام، تطبيق للتعاليم الإسلامية المتعلقة بالتحكم في بعض الأمراض السارية، المملكة العربية السعودية ٢٠٠٠م .
- عصام الدين عبد الرؤف الفقى: تاريخ الفكر الإسلامي، دار الفكر العربى، القاهرة، ٢٠٠١م.
- عفت عبد الله الزغبي: سياسات التأمين الصحي في مصر، مركز دراسات إستشارات الإدارة العامة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، ٢٠٠٣م .
- على محمد المكاوى: البيئة والصحة، دراسة في علم الاجتماع الطبى، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، ١٩٩٥م.
- كمال التابعى: التنمية البشرية، دراسة حالة مصر، مكتبة ألا نجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠١م .
- عوف محمود الكفراوى، بحوث في الاقتصاد الإسلامي، مؤسسة الثقافة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٠ م.

- كمال عبد الحميد إسماعيل، أبو العلا احمد عبد الفتاح، الثقافة الصحية للرياضيين،دار الفكر العربى، القاهرة، ١٤٢٢هـ-٢٠٠١م.
- فتحى أبو الفضل وآخرون، دور الدولة والمؤسسات في ظل العولمة، مكتبة الأسرة، مطابع الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، ٢٠٠٤م .
- فتحية النبراوى، تاريخ النظم في الحضارة الإسلامية، دار الفكر العربى، القاهرة، ١٤١٤ هـ، ١٩٩٤ م .
- فؤاد ابو ستيت، إقتصاديات التنمية والتخطيط، جهاز نشر الكتاب الجامعى بحلوان، القاهرة، ٢٠٠٣ م.
- مجدى عبد الفتاح سليمان، علاج التضخم والركود الاقتصادي في الإسلام، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠٠٠م .
- مرسى محمد عزب، لمحات عن التراث الطبى العربى الإسلامي، دار الطباعة والنشر الطبى، الإسكندرية، ١٩٨٠م .
- مقدمة ابن خلدون، ط٧، دار العلم الملايين، ١٤٠٩هـ - ١٩٨٩م.
- محمد عبد المنعم عفر، التنمية الاقتصادية وتقويم المشروعات في الاقتصاد الإسلامي،دار الوفاء للطباعة والنشر،المنصورة، ١٤١٢هـ-١٩٩٢م.
- ، أحمد فريد مصطفى، التحليل الاقتصادي الجزئى في الاقتصاد الوضعي والإسلامي، مؤسسة شباب الجامعة، ١٩٩٩م .

محمد أبو زهرة، تنظيم الإسلام للمجتمع، دار الفقه العربي، القاهرة، بدون تاريخ .
- التكافل الإجتماعي في الإسلام، دار الفقه العربي، القاهرة، ١٩٩١
- محمد شوقي الفنجري، المذهب الاقتصادي في الاسلام، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٩٧م.
- محمود جاد عبد الرحيم، هدى الإسلام في الطب الحديث، دراسة مقارنة وبرامج صحة وقائية إسلامية، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية ،١٩٩٧م.
- محمود سمير طوبار، إقتصاديات الماليه العامة، مكتبة المدينة، الزقازيق، ٢٠٠٤م .
- نبيل خالد،الأمراض ومعجزة الوقاية والعلاج،مكتبات الأهرام،القاهرة،١٩٩٩
- نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرض دراسة في علم الاجتماع الطبى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٣م .
- نواف بن صالح الحديث، المنهج الاقتصادي في التخطيط لنبى الله يوسف عليه السلام، ط٤، مطابع التقنية، الرواد، ١٤١٤ هـ، ١٩٩٩ م .

ثانيا: كتب مترجمة

١) آلان كوت، دراسة حول الصوم الطبى، النظام الغذائى الأمثل، ط١، إعداد فاروق افبيق، محمد حسن الحمص، مؤسسة الأبحاث، بيروت، ١٤٠٢هـ - ١٩٨٢م.

٢) الكسيس كاربل: الإنسان ذلك المجهول، تعريب، شفيق أسعد فريد، مكتبة المعارف، بيروت، ١٩٨٣م.

٣) بيترداكا، مجتمع ما بعد الرأسمالية، ترجمة صلاح بن معاذ ميون، معهد الإدارة العامة، الرياض، ١٤٢٢هـ - ٢٠٠١م.
٤) جيمس جوارتنى، ريجارد ستروب، الاقتصاد الكلى (الاختيار العام والخاص) ترجمة وتعريب، عبد الفتاح عبد الرحمن، عبد العظيم محمد، مراجعة، كامل سلمان العانى، دار المريخ، الرياض، ١٤٠٨ هـ - ١٩٨٨م .
٥) لوأن ادى واخرون، تقويم نظام الرعاية الطبية (الفعالية والكفاءة والأنصاف) ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، مراجعة عبد الاله سيف الدين غازى ساعاتى، معهد الإدارة العامة، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، ١٤٢٠هـ - ٢٠٠٠م.
٦) **مالكولم جيلز، مايكل رومر: اقتصاديات التنمية، تعريب طة عبد الله منصور وعبد العظيم مصطفى، مراجعة، محمود إبراهيم منصور، المريخ للنشر، الرياض، ١٤١٥هـ – ١٩٩٥م.**
٧) **هانس بيترمارتين، هارالد شومان، فخ العولمة، الاعتداء على الديمقراطية والرفاهية، ترجمة وتقديم، عدنان عباس على، مراجعة رمزى زكى، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، أغسطس ٢٠٠٣ .**

ثالثاً : أبحاث غير منشورة

١) **طلعت الدمرداش، إقتصاديات الصحة والتنمية، (بحث غير منشور)، كلية التجارة جامعة الزقازيق ٢٠٠٤م.**
، تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية وآثارها الإقتصادية، دراسة حالة لجمهورية مصر العربية (بحث غير منشور)، كلية التجارة جامعة الزقازيق، ٢٠٠١ .

رابعاً: الدوريات

أ – المجلات

المجلة العلمية، العدد الأول، كلية التجارة بنات، تفهنا الأشراف، جامعة الأزهر، ٢٠٠٤م.

مجلة الأزهر، الجزء الأول، السنة الثامنة والسبعون، مجمع البحوث الإسلامية، القاهرة، ١٤٢٦هـ، ٢٠٠٥.

مجلة الاقتصاد الإسلامي، العدد (١٠٥)الإمارات العربية، ١٤١٠هـ-١٩٩٠

مجلة جامعة طنطا البيئية، العدد ٣، ١٩٩٧م.

مجلة الآفاق، العدد الثالث، السنة الأولى، مطبعة جامعة الزرقا الأهلية، الأردن، ربيع أول ١٤٢١هـ - يوليو ٢٠٠٠م .

مجلة المجاهد، العدد ٢١٠ السنة ١٧، الشئون المعنوية بالقوات المسلحة، القاهرة، ١٩٩٧ .

مجلة الأشراف، العدد ٣٢، نقابة السادة الأشراف، القاهرة، ١٤٢٤هـ - ٢٠٠٣م.

مجلة الفكر الشرطى، المجلد الرابع، العدد السابع، الإمارات العربية، الشارقة، ١٤١٦هـ - ١٩٩٦م.

المجلد الثانى، العدد الثانى، الإمارات العربية، الشارقة، ١٤١٤هـ - ١٩٩٦م.

العدد الرابع، الأمارات، الشارقة، ١٤١٤هـ، ١٩٩٤م.

مجلة الوعى الإسلامي،العدد ٣٧٩، الكويت، ١٤١٨هـ – ١٩٩٧ م .

العدد ٤٤٤، الكويت، ١٤٢٣هـ .

مجلة الرابطة: السعودية، يونيو، ١٩٨٨ م.

مجلة اتحاد الجامعات العربية: الأردن، عمان، ١٩٩٤ م.

المجلة العربية للدراسات الأمنية، مجلد ١٢، العدد ٢٣، أكاديمية نايف العربية، الرياض، ١٤١٨هـ - ١٩٩٠ .

المجلة الثقافية، العدد ٣٥، الأردن، ١٤١٦هـ - ١٩٩٥م.

الأردن، العدد ٣٧، ١٤١٦هـ - ١٩٩٦م.

العدد ٣٢، الأردن، ١٤١٤هـ - ١٩٩٤م .

مجلة الاقتصاد والإدارة، العدد ١٧٠، مطابع جامعة الملك عبد العزيز، جدة، ١٤٠٢هـ - ١٩٨٣م.

مجلة شئون عربية، العدد ٨٦، القاهرة، ١٩٩٦م.

سلسلة قضايا إسلامية ،الأوقاف، القاهرة، العدد ٩٩ ،٢٠٠٣م.

الأوقاف، القاهرة، العدد ١١٥، ٢٠٠٤م.
الأوقاف، القاهرة، العدد ١٠٤، ٢٠٠٤م.
، الأوقاف، القاهرة، العدد ٨٩، ٢٠٠٢م.
الأوقاف، القاهرة، العدد ٩٦، ٢٠٠٣م.
سلسة أقرأ، العدد ٦٥٦، دار المعارف، القاهرة، ٢٠٠٠م.
مجلة منبر الإسلام، مطابع الأزهر، القاهرة، فبراير ٢٠٠٢ .
مجلة منبر البيئية، المجلد السادس، العدد الثانى، ١٩٩٣ م.
مجلة مركز السنة والسيرة، العدد الثامن، جامعة قطر، ١٤١٥هـ ١٩٩٥ .
مجلة المعرفة، العدد (٦٤)، الرياض، رجب ١٤٢١هـ، أكتوبر، ٢٠٠٠ م.
سلسلة الوزارات المصرية، وزارة الصحة، مركز الدراسات بالأهرام، القاهرة، ٢٠٠٤ م.

ب- الصحف

جريدة العالم الإسلامي، العدد، ١٧٢٠، الرياض، ١٤٢٢هـ - ٢٠٠١م.
جريدة البيان، الإمارات، الأحد ٥ ذو الحجة، ١٤٢٢هـ، ١٧فبراير٢٠٠٢م.
جريدة الأهرام، القاهرة، ١٥ ديسمبر ٢٠٠٢ .

ج- التقارير والنشرات

التقرير الاقتصادي العربى الموحد، الأمانة العامة لجامعة الصندوق العربى الموحد، اليونسكو، سبتمبر ٢٠٠٠م .
تقرير المجالس القومية المتخصصة، للخدمات والتنمية الاجتماعية، الدورة التاسعة عشر، رئاسة الجمهورية، القاهرة، ١٩٩٨م، ١٩٩٩م .
تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية، الدورة ٢٠، رئاسة الجمهورية ،القاهرة، ٢ سبتمبر ١٩٩٩، يوليو ٢٠٠٠ .
الدورة ١١، رئاسة الجمهورية، القاهرة، ١٩٩٠، ١٩٩١ .
، الدورة التاسعة، رئاسة الجمهورية، القاهرة، ١٩٨٩.
تقرير المجلس القومي، دورة المجالس القومية المتخصصة، العدد الرابع السنه السادسة، رئاسة الجمهورية، القاهرة،١٩٨١ .
تقرير المجلس القومي للإنتاج والشئون الإقتصادية، الدورة الثامنة والعشرون، رئاسة الجمهورية، القاهرة،٢٠٠١م، ٢٠٠٢ م.
تقرير البنك الدولى عن التنمية في العالم للإنشاء والتعمير ،١٩٨٨، ١٩٩٩ مركز الأهرام، القاهرة .
تقرير البنك الدولى للتنمية في العالم ٢٠٠٠، مركز الأهرام، القاهرة .
تقرير البنك الدولى للتنمية في العالم ٢٠٠١، مركز الأهرام، القاهرة .

تقرير البنك الدولى عن التنمية في العالم، ١٩٩٣، الاستثمار في الصحة، مركز الأهرام بالقاهرة .
منظمة الصحة العالمية، سلسلة تقارير الصحة، ٣٩٥، جنيف، سويسرا ، ١٩٨٠م.
تقرير البنك الدولي عن التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة، مركز الأهرام، القاهرة، ١٩٩٣م.
تقرير المتابعة السنوى للفئات المنتفعة من نشاط الهيئة العامة للتأمين الصحي خلال عام ٢٠٠٢، ٢٠٠١ .
د. عادل احمد الباز، د. صنف ليو، الطب الوقائى في الإسلام، تطبيق التعاليم الإسلامية المتعلقة بالتحكم في بعض الأمراض السارت، المملكة العربية السعودية، ٢٠٠١ م .
إبراهيم الصياد، النظرية الطبية في الوقاية والعلاج، الكويت، ٢٠٠١م.
أ. معالى عبد الحميد جودة، المفهوم الوقائى والمفهوم العلاجى في الطب النبوى، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠١ م .
المؤتمر الإقليمى لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، صحة البيئة، اليونسكو ٢٠٠١ م.
المؤتمر العام الحادي عشر للمجلس الأعلي للشئون الإسلامية، نحو مشروع حضاري لنهضة العالم الإسلامي، القاهرة، ١٤٢٠هـ ١٩٩٩م.

خامساً: أبحاث وندوات:

المعهد العربى للتخطيط، الحلقة السادسة، حول تقييم تجارب التخطيط في الوطن العربى، (الواقع والممكن)، الجزء الأول ، الكويت، ١٩٨٣م .
، الحلقة الثانية عشر، الحاجات الأساسية في الوطن العربى، الكويت ١٩٩١ م.
خالد بن سعيد بدران بن عبد الرحمن العمر، تجارب عالمية مختارة في التامين الصحي ورقة عمل مقدمة لندوة تقديم وتمويل الخدمات الصحية بين مسئوليات الدولة ودور القطاع الخاص، المنعقدة في الرياض، الفترة من ١٢-١٣ رجب ١٤١٧هـ، الموافق ٢٣نوفمبر ١٩٩٦م .
محمد بن سالم الباز، أنماط التامين الصحي، ورقة عمل مقدمة في ندوة التخطيط الصحي الثامنة، المنعقدة بالكويت، في الفترة من ١١-٢٣ أبريل، ١٩٩٤م.
محمد رأفت عثمان، بعض وجوه الإعجاز التشريعى في القرآن الكريم، ندوة الإعجاز العلمى في القرآن الكريم بمقر الجمعية الإسلامية، ٢٤ فبراير ٢٠٠٣، ذى الحجة، ١٤٢٣، دار السعادة بالقاهرة .

ندوة الدراسات العليا والبحوث لخدمة التنمية في جنوب الوادى، جامعة أسيوط، ١٩٩٧ م.

سادساً: بيلوجرافيا :

الدليل الموحد لمفاهيم ومصطلحات التخطيط في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، المعهد العربى للتخطيط، الكويت، ١٩٩٦م.

سابعاً: المراجع الأجنبية :

Alfred Marchall, Principles of Economics, London: the MacMillan press ltd, Eighth ed– low- price ed., ١٩٧٧.
Lawrence wolper and Jesue pena, Health (are Adminestr ation (Mary land: An aspen publication, ١٩٨٧).
V. Clayton Sherman, creating the New American Haspital (San Farncisco: Jassey –Bass- publishes ١٩٩٣)p.١٥.
Nie,n.and Erbing ,Linternet and society: Apreliminary Report. stand ford institute for the quantitative study of society intersurveyinc, and mckinsey and co. .(٢٠٠٠)

ثامناً: مواقع شبكة الإنترنت :

١- http://www.alwaton.com/graphics/٢٠٠٠/oct/٢٢/head/It١٠ .htm
٢- http:// islamset.com/arabic/globie/res/badranIhtml
٣- http://www.freeweds.com/reportage٢/secu.htm
٤- http://www.heartcles.com/heartsa/index.php
٥- http://safola.com/pcrisk.chtml
٦- http://www:islamon.line.net/iol-arabic/dowalia/namaa-٣٨/namaa ٢.asp
٧- http:// www.balagh.com/deen/uhI٢ifji.htm
٨- http :// www.Feedo.net/qual.htm
٩- http://www.Suomalia.lia.arg/s-web/health.٢٠٪-Stratgic٢s -٩- htm.
١٠- http:// www.Swlul.met.sa/١٩٩٩.jak/iul/٢٣/٩r/htm.
١١- http://www.egypt- facts- ar٩/files/fn-٢٧.htm.
١٢- http://www.balagh.com/malboat/ak.hlag/١١٨/ Tbovmdee .htm.

١٣- http://www.refed.net/books/olom-quran/nazaria
١٤- http://www.almishkat.org/arbdoc٩٩/ar-m١٣/ar-rm١٣.htm
١٥- http:// www.bolah:com/matbact/osth/٦٢/s٨ous/٢st.htm
١٦- http://islamest.com/arabic/aimos/globe/res/saqeri.htm
١٧- http://www.islamset.com/arabic/aioms/globe/res /saqerI. htm.
١٨- http://www.emro.who.int/wwd/floods-Ar.htm
١٩- http://www.rrghbrery.com/١١١.htm
٢٠- http:// www.rrghbrery.com/١١١ htmI
٢١- http:// www.islamist.com/arabic/ahip/islamic/alsayed .htmI.p.٤
٢٢- http:// www.elwaten.com/graphics/٢٠٠١/june/٢٢.٦/head .otg.htm
٢٣- http:// www.islamonline.net/arabic/sience/٢٠٠٠/og /articles/٢.shtml
٢٤- http:// www.islamonline.net/iol-arabic/dowalia/ mafaheem-١٦-asp
٢٥- http:// www.raped.net/books/olom/quram/nazaira /no٧.htm١
٢٦- http:// www.islamonline.net/arabic/sience/٢٠٠٠/ articalII٦.shtm